ANNO XXXIX Roma, 27 Giugno 1932 - X Num. 26

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPIZIO UMBERTO I
presso l'Ospedale del SS. Salvatore al Laterano in Roma.
Primario: Prof. GAETANO LAURENTI

Modificazioni immediate della pressione arteriosa da pneumotorace e riflesso pleurocardiaco.

Dott. MANLIO PIAZZA, assistente.

È fatto ormai comunemente noto che l'introduzione di aria nella cavità pleurica, a scopo terapeutico, può dar luogo a fenomeni a carico di altri apparati e specialmente di quello nervoso e circolatorio. Tali fenomeni raggiungono talvolta carattere inquietante, così da essere più spesso rilevati e descritti sotto forma di incidenti da pneumotorace. Malgrado però le numerosissime osservazioni sull'argomento restano ancora oscure le cause, il meccanismo, le modalità, per i quali i detti fenomeni si producono. Le varie ipotesi formulate al riguardo dai diversi AA., possono riassumersi e comprendersi in due teorie principali, quella del riflesso pleurico inibitore e quella dell'embolia gassosa. Non è mia intenzione di procedere alla disamina delle argomentazioni cliniche, sperimentali ed anatomo-patologiche che sono state portate in appoggio all'una o all'altra teoria, nè d'altra parte io credo che si possa invocare un meccanismo patogenetico unico per i vari e così diversi fenomeni morbosi che è dato osservare nella pratica del pneumotorace. Or l'una, or l'altra causa interviene e certamente con maggior frequenza il riflesso pleurico, al quale può essere fondatamente e ragionevolmente riportata la maggior parte dei fenomeni.

Ciò che invece a me preme rilevare è l'esistenza di turbamenti e di modificazioni che intervengono nei vari apparati, e particolarmente in quello circolatorio, nell'atto dell'introduzione del gas nella cavità pleurica, modificazioni le quali non possono considerarsi alla stregua dei rari e sporadici incidenti da pneumotorace, ma che invece, pur variamen-

te comportandosi, sono sempre presenti ad ogni introduzione, così da essere legati ad essa per un rapporto costante di causa ad effetto.

Dirò subito che tali fenomeni, mentre si producono rapidamente e durante l'introduzione stessa, poi rapidamente si dileguano, quasi stesso a significare la risposta, il turbamento dell'organismo dinanzi alla manovra di collasso del polmone. Si tratta dunque di fenomeni puramente funzionali, immediati e usualmente transitori e pertanto da riportarsi ad un meccanismo d'azione in cui il sistema nervoso, particolarmente stimolato, ha la massima parte.

Di queste turbe funzionali alcune, come l'arrossamento del volto, la midriasi pupillare, la sudorazione dell'ascella, il dermografismo dal lato dell'introduzione, sono state incostantemente e variamente osservate, altre, come le modificazioni del polso, della pressione, del respiro e del reperto ematico, sono, se pur diverse nei diversi casi, pressochè costanti.

La letteratura al riguardo si limita però o ad affermazioni generiche o all'illustrazione di reazioni rilevate in casi isolati, piuttosto che procedere ad una osservazione sistematica di questi che io chiamo i piccoli fenomeni da pneumotorace.

Carpi accenna a fenomeni di depressione psichica ed a manifestazioni depressive circolatorie osservabili specialmente in individui in condizioni di insufficienza circolatoria (tachicardia, ipotensione).

Dumarest si sofferma sulla dispnea e riferisce inoltre su piccole crisi di aritmia, constatate in due o tre casi, e sulla dilatazione delle pupille dal lato del pneumotorace, fenomeno più particolarmente studiato da Teissier e da Sergent.

Villaret, Besançon e Contiades hanno osservato in un caso una sindrome d'eccitazione del simpatico cervico-toracico rappresentata da ineguaglianza pupillare e da modificazioni del riflesso oculo-cardiaco unilaterale e da un modo particolare di reazione pilo-motrice.

Laurenti ha rilevato in due casi l'arrossamento della metà della guancia, in altri due casi la sudorazione dell'ascella dal lato corrispondente ed in un altro caso modificazioni in senso negativo del termotatto e del riflesso vasomotorio della sola metà del torace omolaterale.

Chini ha posto in evidenza l'eosinofilia postpneumotoracica, mentre Griesbach e Fernandez hanno osservato la leucopenia con modificazioni della formula leucocitaria. Ferrari, riprendendo in parte i precedenti lavori di Avezzù, Ponticaccia e Reggiani, ha rilevato come il numero dei leucociti e l'indice refrattometrico presentino costantemente dopo il pneumotorace le modificazioni che si riscontrano nella crisi emoclasica.

Aloigi ha notato quasi costanti modificazioni del polso in corrispondenza del pneumotorace, con prevalenza di reazioni a tipo bradicardico.

Le ricerche da me eseguite nel Sanatorio Umberto I°, sono state rivolte principalmente allo studio sistematico delle modificazioni che intervengono nella pressione arteriosa immediatamente e in corrispondenza del pneumotorace. I risultati che ho ottenuto mi sembrano degni di interesse, non tanto in sè stessi, trattandosi di fenomeni transitori che neppur vengono rilevati subbiettivamente dal paziente, ma per le deduzioni che da essi si possono trarre.

Per la misurazione della pressione ho usato l'oscillometro del Pachon, che pur non fornendo dati rigorosamente esatti in confronto degli apparecchi a mercurio, specialmente per quanto riguarda la pressione massima, ha il vantaggio di essere di facile uso per chi contemporaneamente proceda all'introduzione di gas nella pleura.

La pressione veniva rilevata immediatamente prima, durante e al termine dell'introduzione, senza che il paziente si muovesse dalla posizione che aveva assunto e rimanendo sempre in posto il bracciale. Le introduzioni stesse sono state sempre eseguite il mattino a digiuno.

Prima di esporre i valori ottenuti dirò che talvolta la pressione massima, rilevata prima del pneumotorace, si dimostrò sensibilmente superiore al valore medio della pressione del soggetto in esame, rilevata attraverso ripetute osservazioni compiute in giorni diversi, il che è da riportarsi allo stato emotivo del paz. dinanzi al trauma che sta per subire. Questa eventualità non viene però a deformare il risultato, poichè l'interesse della ricerca non è rappresentato tanto dal valore assoluto della pressione, quanto dalle modificazioni che essa viene a subire in relazione all'introduzione del gas. D'altra parte ricerche di controllo praticate in paz. nei quali l'introduzione venne rinviata prima dell'infissione dell'ago, mi hanno dimostrato che questo aumento emotivo della pressione si va dileguando progressivamente e lentamente, senza dimostrare le curve a rapida oscillazione che si osservano quando il pneumotorace viene ese-

guito, curve che pertanto possono sicuramente riportarsi al pneumotorace stesso.

Tutti i soggetti presi in esame erano clinicamente indenni da affezioni cardiache o renali che giustificassero le manifestazioni depressive circolatorie, osservabili appunto secondo il Carpi in individui in condizioni di insufficienza circolatoria.

Dai 25 casi esposti nella tabella seguente, con 40 osservazioni, possiamo trarre i seguenti dati di fatto:

L'infissione dell'ago nella cavità pleurica e la successiva introduzione di gas, danno luogo nella grandissima maggioranza dei casi ad una diminuzione brusca ed immediata della pressione arteriosa massima. Questa diminuzione si rende per solito già apparente all'inizio del pneumotorace o dopo la sola infissione dell'ago, mentre di poco si accentua poi nel corso del pneumotorace stesso. In due sole osservazioni la puntura della pleura è stata seguita da una elevazione della pressione massima, fenomeno però che in un caso non si è registrato in una successiva osservazione.

Le modificazioni della pressione sono varie e vanno da differenze trascurabili sino a dislivelli di 40 gradi al Pachon. La pressione minima mostra modificazioni irregolari e di pochissimo conto.

Le modificazioni più cospicue della pressione si hanno in corrispondenza delle prime introduzioni, mentre sono per solito di minore ampiezza in pneumotoraci i quali vengano da lungo tempo praticati.

Nessuna relazione si può porre tra l'intensità e le modalità delle modificazioni della pressione e la forma anatomo-clinica di tubercolosi da cui è affetto il paz. Tale indipendenza può porsi anche in confronto delle pressioni esistenti nella cavità pleurica, delle quantità di gas introdotte e delle nuove pressioni endopleuriche raggiunte.

Le curve di discesa della pressione tendono a conservare nello stesso individuo e in diverse osservazioni i medesimi caratteri.

Riguardo ai fenomeni che si verificano nelle ore seguenti alla puntura, le mie ricerche s'accordano solo in parte con le affermazioni del Ferrari, il quale però si basa su di un materiale di solo 8 osservazioni. Egli infatti dice: « L'osservazione della pressione arteriosa dimostra un abbassamento più rapido all'inizio; discende poi progressivamente sino al 40° minuto. In seguito essa tende molto lentamente a rialzarsi. In qualche caso la pressione raggiunge il suo abbassamento massimo dopo 10' e ritorna subito al valore iniziale. Altre rare volte essa resta costante o presenta oscillazioni irregolari. In genere si notano variazioni di pochi millimetri di mercurio ».

A parte il fatto che, come si rileva in parecchie osservazioni di cui alla mia tabella, le variazioni sono ampie e di parecchi millimetri di mercurio, a me risulta che nel maggior numero dei casi la diminuzione della pressione s'arresta o quasi al termine del pneumotorace, quando l'ago cioè viene tolto dalla cavità pleurica. Da quel momento la pressione rimane stazionaria per pochi minuti; dipoi essa tende lentamente a risalire per raggiungere il valore iniziale. Nei casi in cui vi fu un innalzamento cospicuo della pressione per fattori emotivi, questa continua lentamente a diminuire sino a riprendere il valore medio normale. In un certo numero di casi invece circa il 20 %, la pressione continua lentamente a diminuire, anche dopo il termine del pneumotorace, per mezz'ora od anche un'ora. Dipoi essa riprende abbastanza rapidamente il valore iniziale.

Da quanto sopra abbiamo esposto possiamo dedurre che le modificazioni della pressione sono dovute non tanto all'introduzione del gas, quanto alla puntura della pleura parietale, il che del resto mi è stato confermato dall'osservazione da me fatta che le medesime diminuzioni della pressione possono verificarsi per semplici punture esplorative. L'introduzione del gas viene ad accentuare il fenomeno, che già si era reso evidente per il trauma portato alla pleura, e ciò probabilmente per il nuovo stimolo portato sulla pleura stessa dalla distensione meccanica.

Ci troviamo dunque dinanzi ad un fenomeno circolatorio riflesso a punto di partenza prevalentemente pleurale.

Vedremo più oltre se altri coefficienti possano essere chiamati in causa, almeno come elementi coadiuvanti, ma è certo in ogni modo che lo stimolo portato sulla pleura per il trauma che essa viene a subire, è sufficiente per dar ragione del risentimento da parte dell'apparato circolatorio. Afferma infatti il Guillaume che nessun territorio dell'organismo sfugge a questa regola assoluta, d'essere eventualmente il punto di partenza di un riflesso sensibile, le cui manifestazioni motrici appaiono in tutti gli organi che ricevono dei nervi organo-vegetativi. Anche nel nostro caso dunque noi osserveremmo uno di questi riflessi che il Guillaume chiama organi vegetativi, i quali, pur non essendo sempre chiari nel loro meccanismo di produzione e nelle loro correlazioni, rientrano sicuramente nel dominio del vagosimpatico. Tali riflessi, diversissimi per gli

	Pressione endopleurica iniziale	Gaz introdotto	Pressione finale	Pressione arteriosa			
				iniziale	dopo la puntura	finale	abituale
N. Valerio: Broncopolmonite tbc. lobo sup. D. VII Rifornimento . . .	—10 —7	500	—4 —1	170-55	135-50	132-52	160-65
M. Primo: Infiltrazione apicale e sotto-apicale D. VIII Rifornimento . . .	—15 —10	500	—7 +1	160-50	132-50	140-45	150-55
IX Rifornimento . . .	—18 —10	500	—8 —6	165-50	135-50	145-58	
M. Giuseppe: Broncopolmonite lopo sup. D. X Rifornimento . . .	—7 —5	300	+5 +7	140-65	132-65	130-60	135-65
XII Rifornimento . . .	—7 —4	500	—3 —1	138-65	132-65	132-65	
V. Luigi: Infiltrazione bilaterale diffusa ulcerosa prevalente a D. XIII Rifornimento . . .	—5 —4	600	+2 +5	112-58	122-52	130-60	120-65
XV Rifornimento (versamento)	+4 +8	250	+13 +18	110-60	100-58	98-60	
D. A. Remo: Infiltrazione ulcerosa diffusa D. I Introduzione . . .	—15 —10	300	—7 0	190-70	180-70	170-70	128-60
I Rifornimento . . .	—12 —5	450	—1 +5	125-70	122-70	115-70	
II Rifornimento . . .	—12 —5	350	+5 +10	128-70	125-70	115-70	
III Rifornimento . . .	—15 —10	350	—3 +3	170-65	165-65	160-65	
M. Severino: Infiltrazione broncopneumonica totale S. LII Rifornimento . . .	—14 —7	500	—2 +5	140-70	135-65	135-65	130-70
LIII Rifornimento . . .	—11 0	600	+7 +12	130-65	124-65	120-65	
G. Adolfo: Infiltrazione broncopneumonica totale S. Fibrotorace D. X Rifornimento S. .	—13 —11	450	+2 +9	125-75	118-70	115-70	125-75
XI Rifornimento . . .	—5 +2	350	+7 +13	145-70	140-70	135-68	
C. Giuseppe: Infiltrazione broncopneumonica diffusa prevalente in alto e a D. XXV Rifornimento D. .	—12 —6	600	—6 —3	130-75	120-75	118-70	130-75
Z. Rosina: Infiltrazione broncopneumonica apico-sottoapicale D. VI Rifornimento . . .	—7 +3	250	+5 +12	210-80	180-70	170-70	135-65
L. Maria: Infiltraz. sclero-ulcerosa diffusa S. XX Rifornimento . . .	—4 +5	350	+9 +14	130-65	115-60	110-60	125-60
P. Maria: Lesioni infiltrative sclero-ulcerose totali a D. XIII Rifornimento . . .	—17 —5	400	—10 —2	95-60	90-60	88-55	90-60
XIV Rifornimento . . .	—18 —7	400	—10 —1	92-60	85-60	80-55	
B. Antonia: Infiltrazione bronco-pneumonica diffusa D. e apicale a S. Pneumotorace corticale bilaterale LII Rifornimento D. .	—2 +10	75	+1 +21	135-70	132-70	132-70	135-70
P. Ada: Lesioni infiltrative diffuse bilaterali con escavazioni. Pnx bilaterale XV Rifornimento D. .	—10 —4	150	+5 +10	115-75	100-70	100-70	115-70

	Pressione endopleurica iniziale	Gaz introdotto	Pressione finale	Pressione arteriosa			
				iniziale	dopo la puntura	finale	abituale
C. Elena: Lesioni cavitarie nel medio - torace di D.							
III Rifornimento . . .	—12 —7	250	—8 —5	112-60	108-60	105-60	110-60
IV Rifornimento . . .	—12 —7	250	—6 —4	110-60	102-60	100-60	
D. S. Lucia: Lesioni sclero-ulcerose 2/3 sup. S. con numerose cavità							
IX Rifornimento . . .	—12 —5	250	—5 +2	160-75	130-70	110-70	125-70
L. Concetta: Infiltrazione broncopneumonica apicale e sottoapicale bilaterale. Pnx bilaterale							
VIII Rifornimento S. .	—15 —5	250	—8 —2	112-70	100-65	100-65	110-70
XVIII Rifornimento D. .	—8 —3	200	+6 +10	110-70	105-65	105-65	
P. Giovanna: Infiltrazione broncopneumonica notevolmente diffusa bilateral.							
XXVII Rifornimento D. .	—7 —1	125	+12 +21	115-60	120-70	124-70	110-60
A. Antonietta: Les. sclerose a D. Lesioni broncopneumoniche 2/3 sup. a S. Pnx bilaterale							
LIII Rifornimento S. .	—8 0	200	+6 +8	100-70	96-70	96-70	100-70
LIV Rifornimento S. .	—7 0	200	+6 +8	100-65	95-65	95-65	
P. Lia: Infiltraz. bronco-pneumoniche apico e sotto-apicali bilaterali. Pnx bilaterale							
V Rifornimento D. .	—13 —5	200	—10 —8	130-65	124-65	120-60	130-65
XII Rifornimento S. .	—10 —4	200	—6 —2	128-65	120-65	120-65	
T. Anna: Lesioni a tipo sclerotico 1/2 sup. a D. Lesioni ulcerose diffuse in tutto l'ambito a S.							
XLV Rifornimento S. .	—15 —5	350	—7 —1	114-62	108-60	108-60	110-60
C. Gavino: Bronco-alveolite diffusa S. Infiltrazione sclero - ulcerosa apicale D.							
I Introduzione S. .	—18 —10	400	—10 —5	110-65	108-65	100-65	110-65
I Rifornimento . . .	—15 —3	400	—5 +2	110-65	105-65	98-65	
D. C. Giovanni: Infiltrazione sclero - ulcerosa diffusa S.							
I Introduzione . . .	—15 —8	500	—12 —3	122-70	105-70	100-65	105-70
I Rifornimento . . .	—18 —6	500	—9 —1	105-70	102-65	102-65	
C. Lina: Lesioni broncopneumoniche 2/3 sup. a D.							
VIII Rifornimento . . .	—15 —8	400	—3 +2	140-70	110-65	100-60	125-70
M. Giuseppe: Broncopolmonite apicale e sottoapicale S. con grossa escavazione							
III Rifornimento . . .	—20 —7	500	—14 —2	125-60	105-60	100-65	120-60
D. Marcella: Broncopolmonite apico-sotto-apicale S.							
XX Rifornimento . . .	—7 —2	300	+1 +4	120-65	102-60	100-60	120-65

organi che volta a volta interessano e per gli stimoli meccanici, chimici, farmacodinamici, psichici coi quali variamente vengono provocati, possono in ogni modo essere descritti, secondo il Södherbergh, in un gruppo che comprende i riflessi extra viscerali, ed in un altro gruppo, che ancor più attira l'attenzione, che comprende i riflessi intra e interviscerali. A quest'ultimo gruppo appartiene evidentemente il riflesso pleuro-cardiaco per il quale hanno luogo appunto le modificazioni della pressione arteriosa che abbiamo osservato.

Lo studio del sistema vago-simpatico è ricco di prove e di riflessi i quali, portati sui più diversi territori dell'organismo, si esplicano in una modificazione dell'azione e della funzione del cuore (riflesso oculo-cardiaco, oculo-miocardio-tonico, oculo-cardio-dilatatore, orbito-cardiaco, bregmo cardiaco, auricolo-cardiaco, labirintico-cardiaco, naso-cardiaco, sinocardiaco, faringo-esofageo-cardiaco, pneumocardiaco, palato-cardiaco, celiaco ipotensore). Per ragioni di analogia col riflesso pleuro-cardiaco, accenniamo particolarmente al riflesso pneo-cardiaco di Roger il quale consiste nella proiezione brusca di vapori irritanti nelle fosse nasali o nella trachea. Lo stimolo produce una caduta della pressione sanguigna, la quale è seguita da oscillazioni sisto-diastoliche che fanno risalire la pressione al di sopra della cifra iniziale. Dopo vagotonia doppia, il riflesso pneo-cardiaco si semplifica; la fase depressiva è infatti soppressa e la proiezione brusca dei vapori conduce subito a elevazione della pressione.

Per l'interpretazione di questi riflessi a risposta circolatoria, noi dobbiamo richiamarci alle connessioni vago-simpatiche del cuore e alle correlazioni nervose che intervengono nella funzione circolatoria.

Noi sappiamo che il vago, per mezzo del nervo depressore di Cyon che da esso prende origine, ha rapporti a destra col nodo del seno o nucleo di Keith e Flach e col fascio di His, e a sinistra principalmente col nodo di Tawara e col fascio di His. Il simpatico destro ha connessioni col nodo del seno e col ventricolo destro; il simpatico sinistro col nodo atrio-ventricolare e col ventricolo sinistro. La funzione del cuore sarebbe perciò governata dall'azione simultanea di due potenze antagoniste, ma armonicamente funzionanti, l'una in dipendenza del pneumogastrico, che tende ad abbassare la pressione, l'altra in dipendenza del simpatico che tende ad elevarla. A questo meccanismo presiede secondo il Battistini, un centro vegetativo vago-simpatico cardioregolatore bulbare al quale giungono le fibre nervose simpatico-vagali che hanno rapporto col cuore e che è in diretta correlazione col centro vasoregolatore. L'azione regolatrice dei centri mesencefalici si esplicherebbe, sempre secondo il Battistini, o mediante variazioni nel tono, che si trasmettono attraverso la sostanza grigia del midollo spinale, o mediante stimoli originati in via riflessa e che percorrono vie efferenti ben determinate anche anatomicamente. Tali riflessi possono schematicamente essere distinti in *segmentali*, i quali provocano modificazioni vascolari limitate e determinati territori, *lunghi*, che percorrono tutto l'asse cerebro-spinale, si ripercuotono sul mesencefalo e interessano i centri vaso e cardioregolatori, con modificazioni nella frequenza dei battiti cardiaci e modificazioni ampie dell'alveo circolatorio. Alcuni riflessi poi partono dalla corteccia o per proiezioni di stimoli periferici, che hanno percorso le vie spino-talamiche, o per stimoli che si originano direttamente nella corteccia (associazioni ideative, emozioni).

Se noi riportiamo il suaccennato meccanismo alle nostre ricerche e teniamo presente, ciò che era stato già messo in evidenza dal Luschka, come la pleura parietale riceva fibre nervose dal frenico, dal vago, dal simpatico e dai nervi intercostali, noi siamo autorizzati a pensare che la puntura della pleura produca uno stimolo sul sistema simpatico-vagale pleurale, che si diffonde e si ripercuote sui centri vago-simpatici bulbari cardio-regolatori e quindi sui centri vasoregolatori, causando le modificazioni della pressione.

In tutte le osservazioni da me fatte, meno due, abbiamo visto come l'infissione dell'ago nella pleura, dia luogo a brusca caduta della pressione; le osservazioni dell'Aloigi sul comportamento del polso nelle medesime condizioni, hanno dimostrato nel maggior numero dei casi una reazione a tipo brachicardico. Per la puntura della pleura ci troviamo dunque dinanzi a ipotensione e bradicardia, a fenomeni cioè di eccitazione vagale.

A cosa dobbiamo attribuire questa prevalente azione del sistema vagale? Afferma il Guillaume che la sensibilità riflessa è fatta di una duplice azione sincrona, ciascuna contraria all'altra, con la risposta definitiva del sistema prevalente. Ora in linea generale noi sappiamo che nei tubercolosi si osservano molto spesso dei fenomeni riflessi che provano l'ipersensibilità del nervo vago e Lésieur e Thèvenot ne hanno studiato le principali manifestazioni.

Anche del resto l'ipotensione arteriosa rile-

vata quasi costantemente negli specifici polmonari, ad eccezione dei soggetti che presentano forme a tipo fibroso od affetti da concomitanti lesioni cardiache o renali, sarebbe una espressione abituale di questo stato di vagotonia. Ma a prescindere da questo dato di fatto, che ha però fondamentale importanza, abbiamo dei dati sperimentali che ci dimostrano come gli stimoli portati sulla pleura si trasmettano prevalentemente per via vagale. Riportiamo a questo proposito le classiche esperienze del Cordier e del Bard, i quali hanno dimostrato che i fenomeni convulsivi che si ottengono iniettando sostanze chimiche irritanti nella pleura di un coniglio, non si producono se si procede alla resezione del pneumo-gastrico dal lato dell'iniezione.

Come possiamo spiegarci il fatto che in due osservazioni riportate nella mia tabella, la puntura abbia dato luogo ad elevazione della pressione, a stimolazione cioè del sistema simpatico? Io ho saggiato nei due soggetti in esame, con le prove più comuni e specialmente col riflesso oculo-cardiaco, il tono del sistema simpatico-vagale, ma non sono stato in grado di mettere in evidenza una aumentata eccitabilità simpatica. A interpretazione del fenomeno io mi limito pertanto a ricordare, come il Pottenger abbia dimostrato che i riflessi ad origine pleurica possono seguire talvolta anche la via del simpatico.

A proposito del riflesso oculo-cardiaco, da me sistematicamente ricercato nei soggetti in esame, posso affermare che esso dimostra un comportamento del tutto indipendente dalle modificazioni osservate a carico della pressione vasale, dimostrandosi anche in un caso invertito (caso 3°) là dove invece si era avuta una diminuzione della pressione secondo lo schema solito. Questo s'accorderebbe con le osservazioni dell'Aloigi il quale non ha trovato nessuna relazione tra il comportamento del riflesso oculo-cardiaco e quello del polso durante il pneumotorace.

Abbiamo visto come le modificazioni della pressione vasale durante il pneumotorace, si rendano già evidenti dopo la sola infissione dell'ago, mentre poi di poco si accentuano durante o dopo l'introduzione del gas. Nella patogenesi del fenomeno possiamo allora invocare altre cause coadiuvanti od altri meccanismi all'infuori della puntura della pleura? Arnone, in base alle sue ricerche sull'influenza del pneumotorace sull'apparato circolatorio, afferma che oltre ad un'azione attraverso il vago causata dalla puntura della parete toracica, si avrebbe un interessamento dei centri di automatismo cardiaci, bulbari e subcorticali per l'intervento di tre fattori: fattore fisico di stimolo analogo all'azione della luce sulla retina; azione di neutralizzazione delle sostanze tossiche; azione fisico-chimica regolata dalla diversa tensione dei gas contenuti nel sangue per il meccanismo della variazione della concentrazione idrogenionica del sangue. Mentre credo che per legittimare le variazioni immediate della pressione arteriosa, possiamo scartare gli ultimi due fattori, i quali possono rendersi evidenti soltanto in un tempo più prolungato, non troviamo spiegazione sufficiente nel primo fattore, il quale, più che una causa, è una semplice ipotesi per via analogica a meccanismo del tutto oscuro.

Più fondatamente noi possiamo volgerci all'azione meccanica del pneumotorace in rapporto alla funzionalità del polmone ed alla reazione respiratoria del cuore. Infatti il collasso del polmone e la conseguente diminuzione del letto circolatorio polmonare, potrebbero portare ad un abbassamento della pressione, come già Tigerstedt aveva dimostrato prodursi fisiologicamente negli atti espiratori. Groedel, riferendosi sempre alla fisiologia dell'in- e dell'espirazione, ritiene che le variazioni della pressione arteriosa siano dovute anche ad una azione di trazione o di pressione del polmone disteso o retratto sui grossi vasi. Tali considerazioni potrebbero valere anche per il pneumotorace, per le modificazioni che esso induce nella capacità polmonare e nella meccanica respiratoria, ma le ricerche del Carpi sul comportamento della pressione arteriosa in relazione con le fasi del respiro nei pneumotoracizzati, avebbero portato ad una conclusione del tutto opposta e cioè che nel pneumotorace le variazioni sfigmomanometriche respiratorie sono minime, essendo il cuore sottratto in tutto od in parte all'azione della pressione negativa endotoracica. D'altra parte all'ipotesi di una influenza immediata sulla pressione arteriosa per azione meccanica del pneumotorace, noi possiamo contrapporre i seguenti dati di fatto:

1) Che le variazioni immediate della pressione arteriosa nel pneumotorace, come già abbiamo veduto, sono indipendenti dalle pressioni endopleuriche esistenti per le precedenti introduzioni, dalla quantità del gas introdotto e dalle pressioni raggiunte con la nuova introduzione. Aggiungo ora che esse sono anche indipendenti dalla configurazione del pneumotorace (totale, parziale, diaframmatico, mediastinico) e quindi dalla misura del collasso che esso è in grado di esercitare sul polmone.

2) Che l'accentuarsi, in seguito all'introdu-

zione del gas, delle modificazioni della pressione già evidenti per la puntura della pleura, è di poco conto e talvolta nullo.

3) Che nelle due osservazioni in cui la puntura della pleura ha dato luogo ad innalzamento della pressione, l'introduzione del gas ha accentuato il fenomeno senza invece dar luogo ad una diminuzione della pressione.

4) Che pur ammettendo un compenso funzionale da parte del cuore, se le modificazioni della pressione fossero dovute ad una diminuzione dell'alveo circolatorio polmonare, tale azione, sia pur ridotta al minimo, dovrebbe essere più duratura. Ora il Carpi, in base a numerosissime osservazioni, afferma che durante la cura del pneumotorace, non è dato osservare variazioni significanti dei valori assoluti della pressione arteriosa.

Per tutte queste considerazioni, io ritengo che se oltre alla puntura della pleura noi vogliamo chiamare in causa per le diminuzioni immediate della pressione nel pneumotorace, anche l'azione del gas introdotto, noi dobbiamo riportarci non tanto alle modificazioni portate sul polmone, quanto al nuovo e più prolungato stimolo che la pleura viene a subire per la distensione meccanica da parte del gas via via introdotto. Si tratterebbe quindi di uno stimolo meccanico analogo a quello della puntura, che si estrinseca per le stesse vie e col medesimo riflesso e che ad esso viene a sommarsi. La sensibilità del riflesso, col prolungarsi dello stimolo, va man mano attenuandosi sino a scomparire, mentre di conseguenza si annullano le modificazioni della pressione vasale, la quale riprende il suo livello normale.

Concludendo: io credo di poter dedurre dalle mie ricerche, che nell'esecuzione del pneumotorace si verificano costantemente delle modificazioni immediate della pressione vasale che consistono, nel maggior numero dei casi, in una brusca e più o meno sensibile caduta di essa.

Tale fenomeno, il quale è dovuto per massima parte allo stimolo portato sulla pleura dalla puntura e, secondariamente, alla distensione della pleura da parte del gas introdotto, si compie per un meccanismo riflesso organo-vegetativo pleuro-cardiaco, a punto di partenza pleurale ed a risposta cardiaca. Le vie di conduzione sono presumibilmente rappresentate dal vago, dal centro vago-simpatico bulbare, dei centri cardio- e vaso-regolatori bulbari, dal nervo depressore di Cyon.

È logico pensare che tale riflesso, in particolari condizioni di eccitazione o di minorata resistenza per fattori psichici, fisici od ormonici, o in individui che presentino uno squilibrio vago-simpatico, possa esaltarsi sino a dar luogo ai veri incidenti di collasso cardiaco. D'altra parte questo riflesso ad origine pleurica, oltre ad avere una risposta nei centri cardio-vasali, può interessare e stimolare altri centri e sistemi, così da dar ragione di altri incidenti da pneumotorace non a base cardiaca.

RIASSUNTO.

L'A., in base alle sue ricerche sulle modificazioni immediate della pressione arteriosa da pneumotorace, afferma che l'infissione dell'ago nella pleura parietale e la successiva introduzione di gas, danno luogo ad un riflesso vegetativo pleuro-cardiaco che si trasmette per via vagale e che provoca nella grandissima maggioranza dei casi una brusca e più o meno sensibile diminuzione della pressione arteriosa massima.

BIBLIOGRAFIA.

ALOIGI. *Riflesso oculo-cardiaco e pneumotorace artificiale*. Rivista di Clinica Medica, sett. 1930.

ARNONE. *L'influenza del pneumotorace sull'apparato circolatorio*. Atti del III Congresso per la lotta contr. la tubercolosi, Palermo, 1929.

BATTISTINI. *Correlazioni nervose ed endocrine nella funzione circolatoria*. Minerva Medica, n. 11, 1925.

CARPI. *Sulle reazioni respiratorie dell'apparato cardio-vascolare*. Morgagni, n. 71, 1914.

ID. *La collassoterapia nella tubercolosi polmonare*. Milano, 1929.

CASELLA. *La tensione arteriosa nella tubercolosi polmonare*. Rivista della Pat. e della Clin. della tubercolosi, 1929.

CHINI. *Della eosinofilia post-pneumotoracica*. Ibid., 1929.

DUMAREST. *La pratique du pneumothorax*. Masson, Paris, 1929.

FERRARI. *Modificazioni ematiche immediate da pneumotorace*. Riforma medica, 1932.

GROEDEL. *Beobachtungen ueber den Einfluss der Respiration auf Blutdruck und Herzgrösse*. Zeitschr. f. Klin. Med., Bd. 81.

GUILLAUME. *Les réflexes oculo-cardiaques et les réflexes vago-sympathiques*. Presse Médicale, 1920, n. 59.

ID. *Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies*. Paris, 1928.

HARTENBERG. *Le système sympathique. Les appareils organiques locaux*. Presse Méd., 1921, 87.

IZZO. *Accidenti nervosi nel pneumotorace terapeutico*. La Clinica, anno II, n. 9.

LAURENTI. *I vari fenomeni nervosi constatabili nella cura del pneumotorace*. Rivista della T.b.c., 1926, n. 6.

LEURET, CAUSSIMON, DAYDREIN. *Accidents nerveux consécutifs au pneumothorax thérapeutique*. Revue de la tuberculose, 1930, n. 3.

LUNEDEI-GIANNONI. *Il dolore viscerale*. Cappelli, Bologna, 1929.

MALCANGI. *L'ipotensione arteriale nella tubercolosi polmonare.* Pensiero medico, 1930, n. 8.

OLIVERO. *Il comportamento della pressione arteriosa e di quella venosa nella tubercolosi polmonare.* Rivista della Pat. e della Clin. della tbc., 1929.

PIERY. *Morte improvvisa per accidente nervoso di origine pleurale.* Lyon Médical, 1917.

PONTICACCIA-REGGIANI. *Modificazioni della crasi sanguigna immediatamente successive al pneumotorace artificiale.* Giornale di Clinica Medica, 1928.

PRUVOST. *Accidents au cours du pneumothorax thérapeutique. Questions cliniques d'actualité.* Masson, Paris, 1929.

RIVOLTA. *Esame funzionale degli organi interni.* Milano, 1929.

ROGER. *Les réflexes pnéo-pnéiques et pnéo-cardiaques.* Presse Médicale, 1917.

SODERBERGH. *Les moyens actuels d'éxploration du système sympathique en clinique et leur valeur.* VII Congresso Internazionale di Neurologia, Parigi, 1926.

TERNI. *L'innervazione del polmone e dei muscoli respiratori dal lato isto-anatomico e anatomofunzionale.* Minerva Medica, 1930, n. 51.

THOMAS. *Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur.* VII Congresso Internazionale di neurologia, Parisi, 1926.

TIGERSTEDT. *Physiologie des Kreislaufs.* Leipzig, 1893.

VILLARET - BESANÇON - CONTIADES. *Modificazioni del simpatico cervico-toracico nel corso del pneumotorace terapeutico.* Società di Neurologia, Parigi, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE - REPARTO CHIRURGICO diretto dal dott. prof. U. DALL'ACQUA

Due casi di fitobezoar.

Dott. LUIGI COPETTI, assistente.

La casistica riguardante i corpi estranei che per errore o volontariamente vengono inghiottiti e giungono nello stomaco è assai ricca (anche in questo riparto fu operata nell'ottobre u. s. con buon esito una ragazza che a scopo suicida aveva inghiottito 24 chiodi), invece non è abbondante la statistica dei corpi che si sono formati nello stomaco. Se ne distinguono due varietà, i *tricobezoar*, cioè viluppi di capelli, ed i *fitobezoar*, viluppi di fibre o sostanze vegetali, assai più rari dei primi. In questi ultimi anni comunicarono osservazioni di *fitobezoar* Camp, Castellani, Droegemueller, Garret, Good, Balfour et Good, Hamdi, Israelski, Goldschmidt, Larimore, Mambrini, Porter e Kinnej, Maes.

La scarsezza di tali osservazioni e le difficoltà che s'incontrano nella diagnosi m'inducono a comunicare due casi che furono operati in questo riparto.

A. R., di Moruzzo, d'anni 10; entra in riparto il 10 dicembre 1912. Riferisce che da circa un mese prova un senso di pesantezza all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro, ed indica col dito la sede ove prova le sue sofferenze. Questa giace a sinistra dell'ombellico. Quivi si nota la presenza di una massa emisferica, a superficie liscia, del volume circa di una mela, molto mobile, spostabile anche durante i movimenti respiratori. Il paziente racconta di aver avuto vomito due volte a distanza circa di quindici giorni, non ematico.

È un ragazzino robusto, in ottime condizioni generali. Ha alvo regolare. Nulla di notevole all'esame del succo gastrico.

Non è stato possibile eseguire un esame radiologico delle vie digerenti. L'insufflazione dello stomaco non chiarisce sufficientemente la diagnosi.

Il 15 dicembre viene operato dal prof. Dall'Acqua.

Incisione laparotomica sopraombellicale mediana. Aperto il peritoneo si riconosce facilmente che l'intumescenza delle dimensioni dianzi indicate, giace nello interno dello stomaco entro al quale si può ballottare. Incisa in senso longitudinale la parete gastrica anteriore si estrae un corpo sferico, di colore grigio scuro, del peso di gr. 300, evidentemente costituito da un ammasso di buccie d'uva. Sutura in triplice strato della parete gastrica, sutura delle pareti addominali. Decorso postoperativo regolare.

Il ragazzo viene dimesso in dodicesima giornata. Il suo medico dott. Solero il quale per vario tempo continuò a tenerlo in osservazione assicurò che non ebbe più mai inconvenienti da parte dello stomaco.

M. P., di anni 14, da Artegna. Entra in Ospedale il 25 novembre 1931.

Nulla degno di nota nell'anamnesi remota personale e famigliare.

Ha cinque fratelli che godono buona salute. Il paziente dice che otto giorni or sono fu preso in pieno benessere da un dolore acuto all'ipocondrio di sinistra ed all'epigastrio. Il dolore è continuo ed ha qualche esacerbazione, ma indipendentemente dall'ingestione di alimenti. Solo otto giorni or sono si accorse della tumefazione che presenta in corrispondenza delle regioni colpite da dolore.

Ebbe durante questi giorni due volte vomito non ematico. Appetito normale. Mai rialzi termici. Alvo e minzione regolari. Non accusa deperimento nè senso di debolezza.

Esame obiettivo: Condizioni generali buone, cute e mucose visibili rosee, costituzione scheletrica regolare.

App. circolatorio: Polso ritmico, bradicardico (50 pulsazioni al minuto), toni cardiaci puri. Il primo tono è rinforzato alla punta.

App. respiratorio: Normale.

Addome: Trattabile. Forma e volume normale. All'ipocondrio sinistro e in parte all'epigastrio si palpa una massa indolente di consistenza dura elastica, a superficie liscia. Non vi si apprezzano incisure, essa è spostabile e ballottabile, e si muove durante gli atti respiratori; in alto lungo l'ascellare anteriore l'ottusità determinata da questa intumescenza arriva all'ottavo spazio intercostale.

Non si apprezza nulla alle ordinarie stazioni linfatiche.

Esame orine: P. s. 1015, leggermente torbide, giallo-paglierine, *reazione* acida. *Zucchero* assente. *Albumina*: leggero intorbidamento. Sedimento scarsissimo costituito da qualche cellula di sfaldamento.

Esame sangue: Emoglobina 65; globuli rossi 4.970.000; globuli bianchi 9000; valore globulare 0,66.

Strisci: Nulla a carico della serie rossa. Si notano alcune forme immature della serie linfocitaria.

Succo gastrico: Non è possibile un esame non essendo riusciti ad estrarre un quantitativo sufficiente.

Esame radiologico: Gli esami radiologici hanno fornito il seguente reperto: Stomaco ad uncino con grande difetto di riempimento a tutto spessore e a tutta larghezza interessante la maggior parte del corpo gastrico, in corrispondenza del quale si osserva soltanto un sottile strato di bario irregolarmente distribuito in modo da dare un aspetto marmorizzato.

Qui non è dato osservare nessuna onda peristaltica sul profilo dell'immagine gastrica.

Uniforme il riempimento della porzione caudale del corpo gastrico e dell'antro. Normale la camera d'aria dello stomaco.

In basso il limite della lacuna è a forma semicircolare, non netto e ad andamento un po' irregolare. I dati morfologici accennati non si modificano gran che nelle varie proiezioni. Piloro pervio. Nulla al duodeno. L'evacuazione gastrica è ritardata. Osservando lo stomaco durante l'ingestione del pasto opaco la sostanza di contrasto subisce un notevole arresto in alto per fluire poi lentamente e irregolarmente verso il basso, disegnando l'ampio difetto di riempimento sopra ricordato che nel suo insieme assume, come nell'osservazione ad ammalato in posizione orizzontale, una forma grossolanamente ovalare.

In conclusione per le alterazioni morfologiche su descritte, per la relativa stenosi del corpo gastrico, per l'assenza della peristalsi a livello dell'ampia lacuna, si ritiene che la massa rilevata all'esame clinico appartenga allo stomaco e che essa sia a sviluppo quasi esclusivamente endogastrico.

Nulla a carico delle altre sezioni del tubo digerente.

Operazione: 3-XII-31. Opera il prof. Dall'Acqua. Narcosi eterea. Laparotomia mediana xifo-ombellicale. Aperto il peritoneo si esteriorizza lo stomaco che appare di volume molto grande. Esternamente i vasi sia venosi che arteriosi sono molto ectasici.

La cavità gastrica è occupata completamente da una massa dura-elastica che pare non sia aderente alle pareti del ventricolo.

Difeso il campo operatorio con compresse sterili, si pratica sulla parete anteriore in zona non percorsa da vasi, un'incisione della lunghezza di circa 10 cent., parallela al grande asse dello stomaco.

Aperta la mucosa che non sembra eccessivamente alterata, forse un po' più iperemica del consueto, si presenta una massa di colore grigiastro, che, spinta, facilmente sguscia dallo stomaco. Sutura in seta a 3 strati. Guarigione per prima. In dodicesima giornata il paziente viene dimesso.

La massa asportata presenta, come lo conferma la fotografia qui annessa, la forma del ventricolo. Ha un peso di 450 grammi, una lunghezza di 16 centimetri, una circonferenza massima di 22, ed una minima di 17. Essa è costituita da un conglomerato di sostanze vegetali, specialmente da un ammasso di buccie d'uva.

FIG. 1.

I sintomi clinici che presentano questi voluminosi corpi estranei somigliano molto a quelli forniti dai tumori, però se vi è sangue nelle feci bisogna pensare al tumore, del pari le condizioni generali cattive depongono in generale per il tumore, invece i corpi estranei gastrici possono consentire uno stato generale buono come si è constatato nei due ragazzi dei quali ho riferito le storie.

Preziosi elementi per la diagnosi presenta l'esame radiologico.

Un corpo estraneo intragastrico è facilmente diagnosticabile se sia costituito da una sostanza opaca, o se, anche quando sia trasparente, risulti mobile entro il lume ventricolare nel qual ultimo caso il difetto di riempimento a cui esso dà luogo si sposta entro l'organo nelle varie posizioni del soggetto e con le ordinarie manovre. Ma se il corpo estraneo è fortemente aderente alla superficie interna gastrica, può scambiarsi con un tumore. Recentemente Goldschmidt comunicò un caso diagnosticato radiologicamente come polipo dello stomaco e che all'intervento operativo si trovò essere dovuto ad un nocciolo di pesco inglobato nella regione prepilorica, e Castellani invece ha illustrato un pseudo tumore dello stomaco dovuto ad ammassi di Kaki selvatico già radiologicamente interpretato come corpo estraneo per la spostabilità dimostrata dal difetto di riempimento.

Dei casi che ho riferito non era stata fatta diagnosi nel primo, nel secondo invece il referto radiologico ed il ricordo del complesso dei sintomi verificatisi nel primo operato avevano messo il primario prof. Dall'Acqua già prima dell'intervento sulla via di formulare una diagnosi di probabilità sulla natura del male.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di corpi estranei dello stomaco costituiti da un grande ammasso di buccie d'uva. Entrambi furono operati con buon esito. In entrambi esistevano gravi difficoltà per la diagnosi, la quale nel secondo caso venne agevolata dall'esame radiologico.

BIBLIOGRAFIA.

D. C. BALFOUR e R. W. GOOD. *Phytobezoar associated with gastric ulcer, special reference to persimmonbezoar with report of case.* Am. J. Surg., 6, 579, 87, mai 1929.

J. D. CAMP. *Phytobezoar, case.* Am. J. Roentgenol, 23, 413-14, avril 1930.

CASTELLANI. Rivista di radiologia e Fisica medica, fasc. III, maggio 1931.

DROEGEMUELLER E. H. *Phytobezoar, report of case.* M. Clin. North America, 13, 1639, 42, mai 1930.

GARRETT D. L. *Phytobezoar diospyrivirginiarnae, case report.* J. Okla-homa M. A., 21, 64, mars 1928.

RW. GOOD. *Phytobezoar, report of case.* Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 3, 237, 15 août 1928.

GOLDSCHMIDT. Deutsch. Arch. z. Chirurgie, 225, p. 409, 1930.

H. HAMDI. *Phytobezoar.* Deutsche Med. Woch., 52, 2122-23, 10 Dez. 1926.

ISRAELSKI. Fortsch. Roentgenstr., Bd. 39, H. 3.

G. W. LARIMORE. *Phytobezoar.* M. Clin. North Amer., II, 499-506, sept. 1927.

U. MAES. *Bezoars, with report on additional case of phytobezoar.* Tr. Am. S. A., 46, 375-382, 1928.

ID. *Bezoars with report of additional case of phytobezoar.* Ann. Surg., 88, 685-92, oct. 1928.

D. MAMBRINI. *Gastrotomia per fitobezoar.* Arch. ed Atti d. Soc. ital. di Chir., 1927; 34, 827-29, 1928.

W. B. PORTER e J. T. MC KINNEY. *Phytobezoardio spyri virgirnance with report of case.* M. Press. 123, 175-77, 2 mars 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Osservazioni intorno allo studio clinico dell'acloridria.

(H. MOORE. *Brit. Med. Journ.*, 27 febbraio 1932).

Le conclusioni alle quali giunge l'A. in questa interessante rivista critica dell'argomento cui porta contributi originali di osservazioni cliniche, patogenetiche e terapeutiche, sono fondamentalmente le seguenti: l'acloridria è un sintomo assai più frequente di quanto comunemente non si pensi, e l'esame del succo gastrico va fatto in numerose serie di malattie anche all'infuori delle gastropatie. Estendendo l'indagine a un grande numero di malati è possibile osservare che tale sintomo si riscontra frequentemente e in una forte percentuale di individui affetti da svariate forme morbose. Così l'A. ha potuto riscontrarlo anche in persone apparentemente sane, in numerosi casi di affezioni gastro-intestinali, ed in alcuni casi di forme diverse quali ad esempio il diabete mellito e ancor più frequentemente in individui con segni di ipertiroidismo e specie in casi di anemia ipocromica non megalocitica. È appunto attorno a questa particolare sindrome anemica che l'A. si ferma più dettagliatamente discutendone l'importanza dal punto di vista patogenetico e pratico e l'eventuale relazione, ancora non ben chiara e precisa, indiretta o diretta che sia, tra anacloridria e anemia. Le recenti osservazioni sull'anemia perniciosa inducono però ad andare cauti nell'affermare rapporti causali di questo tipo. Comunque, tale forma di anemia ipocromica non megalocitica accompagnata da acloridria gastrica quale sintomo pressochè costante, è di riscontro frequente in clinica e deve essere conosciuta e riconosciuta a tempo nei singoli casi; perchè è assai favorevolmente influenzata da un appropriato trattamento con preparati di ferro per bocca ad alte dosi (sali ferrosi). Le caratteristiche fondamentali di questo tipo di anemia sono le seguenti: essa si riscontra anzitutto assai più frequentemente nelle donne che non negli uomini, tra i 20 e i 50 anni e va assai spesso accompagnata da disturbi mestruali; è di tipo cronico a lungo decorso e ad inizio subdolo; si hanno i segni clinici generali delle anemie con prevalenza di fatti a carico dell'apparato gastro-intestinale, facili flatulenze e senso di peso epigastrico dopo i pasti, qualche volta vomito, perdita d'appetito e frequentemente diarrea. Nei casi studiati dall'A. vi era frequente associazione con glossite di tipo atrofico superficiale con scomparsa delle papille dorsali, a volte con profonde solcature: in qualche caso le alterazioni glossitiche dimostrarono di aver favorevolmente risentito dal trat-

tamento curativo. Sono generalmente mancati segni di compromissione del midollo spinale. I dati ematologici mostrano una discreta diminuzione del numero dei globuli rossi che in media sono attorno ai 3.700.000, l'emoglobina nettamente diminuita con valori medi attorno al 50 %; in alcuni casi i globuli rossi erano al disotto dei 2.000.000 e l'emoglobina al 15 %; in qualche altro caso il numero dei globuli rossi era pressochè normale, ma l'emoglobina sempre nettamente diminuita; il valore globulare è quindi risultato costantemente basso e attorno a valori medi di 0.66, essendosi avuti alcuni casi con valori molto bassi (0,32) altri con valori pressochè normali (0,95). In genere esiste discreta leucopenia (media: 5.200) con prevalenza delle forme polinucleate nella formula leucocitaria. Parallelamente al grado dell'anemia vanno la poichilocitosi e l'anisocitosi; ma generalmente i globuli rossi sono di forma e grandezza normali. Sempre normali risultarono le piastrine, i reticolociti, e la bilirubinemia. L'anacloridria è stata in tutti questi casi riscontrata attraverso ripetuti esami del succo gastrico dopo opportuni pasti di prova ed in un certo numero di casi in cui fu praticata anche alla prova istaminica l'anacloridria risultò completa. CH.

Posizione anomala dell'intestino e stasi duodenale.

(M. P. WARMUTH e WILLIAM A. SWALM. *Medical Times and Long Island Medical Journal*, settembre 1931).

La posizione anomala dei visceri addominali è una evenienza molto rara; si riscontra meno frequentemente di altre anomalie del tubo digerente, come un ano imperforato o una stenosi ipertrofica congenita del piloro. Nei casi di semplice posizione anomala il tratto intestinale è completo, la funzione normale, così che l'anomalia non può essere scoperta senza un'esplorazione del tratto alimentare o un esame radiologico.

C'è tuttavia qualche sintomo nell'esame fisico che può portarci a sospettare l'anomalia, come in un caso che si presentò agli AA. per la cura.

Paziente N. F., donna di 33 anni. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Attualmente si lamenta di forti dolori alla regione mammaria sinistra, all'ipocondrio sinistro, e vomito persistente. Appetito normale. Ha avuto rigurgiti acidi e senso di nausea. Accusa un senso di peso e di pienezza nell'addome alto.

La paziente frequentemente vomita dopo i pasti e ne risente un sollievo. Il vomito contiene alimenti e bile ma non sangue. Notevole perdita di peso.

L'esame obbiettivo generale e dell'addome particolarmente non dà nessun segno importante.

L'esame radiologico mostra uno stomaco dilatato con notevole difetto di riempimento nella grande curvatura alla parte cardiale, essendo in questo punto lo stomaco tirato verso la milza. Il bario non segue il corso normale del duodeno, ma rimane nella parte destra.

Ricerche di laboratorio.

Nulla di patologico nell'analisi delle urine.

L'analisi del succo gastrico rivela un'iperacidità; positiva la ricerca delle emorragie occulte; non ritenzione.

Il sondaggio duodenale non soddisfacente una prima volta, non fu ripetuto.

L'esame delle feci non rivela nulla di patologico. Glicemia 96,2 ‰.

Wassermann negativa.

Si fa diagnosi di ulcera gastrica nella parte della deformità del fondo, notata alla radiografia. Dopo un trattamento medico la paziente lascia l'ospedale completamente rimessa. Ma cinque mesi dopo, in seguito a ingestione di pomodori, la paziente accusa nuovamente i sintomi precedenti e viene ricoverata per l'operazione.

Si apre l'addome con un'incisione pararettale sinistra del margine costale a un dito sotto il livello dell'ombelico. Lo stomaco è molto dilatato, così anche il duodeno. Si nota una aderenza di notevole spessore che va dal fondo dello stomaco al margine interno della milza; questo spiega il difetto di riempimento notato all'esame radiologico. La parete dello stomaco è normale. Il colon ascendente comincia a livello del bacino con un mesocolon distinto che si inserisce sul lato destro della colonna vertebrale, raggiunge in alto il livello della terza vertebra lombare dove si piega a S — colon traverso — fino all'angolo splenico, di qui si volge in basso per raggiungere la fossa iliaca sinistra. Da questo punto esso si dirige diagonalmente in alto e verso la linea mediana e di qui volge nuovamente in basso fino a raggiungere il bacino. Il colon è tenuto in questa posizione da una membrana che lo fa aderire alla parete posteriore dell'addome al disotto del mesocolon trasverso. A livello del bacino comincia il sigma con un meso molto notevole.

Quando si alza il colon, trasverso si nota la mancanza del muscolo di Treitz, e inoltre il digiuno non passa attraverso il mesocolon. L'intestino tenue che occupa lo spazio sotto il colon trasverso non ha l'inserzione mesenterica al lato normale. Spostando il colon ascendente a sinistra e portando in basso il tenue che riempie lo spazio tra il colon ascendente e la parete destra dell'addome, si può seguire il duodeno che passa sotto il legamento gastroepatico e si continua col digiuno. Da questo punto comincia il mesentere che si estende in basso verso il bacino sul lato destro del colon e del mesocolon fino al cieco. Il mesentere è sufficientemente lungo per permettere all'inte-

stino tenue di occupare la sua posizione normale, al disotto del colon trasverso, passando intorno al cieco.

Il legamento gastroepatico comprime l'angolo duodeno-digiunale causando una notevole stasi duodenale; non ci sono segni di ulcera duodenale.

Tenendo in considerazione i grandi vasi che contiene il legamento gastroepatico non lo si seziona e si fa invece una duodeno-digiunostomia. Il quarto giorno dopo l'intervento cessa il vomito e la paziente si rimette completamente lasciando l'ospedale.

Commenti. — La causa della stasi duodenale in questo caso è dovuta ad una stenosi per aderenze dell'angolo duodeno-digiunale, le quali hanno prodotto una dilatazione del duodeno e secondariamente dello stomaco. Il caso mostra le difficoltà che s'incontrano nelle dispepsie oscure, in cui la vera causa è data da una anomalia congenita.

La notevole anormalità della porzione cardiale dello stomaco che simulava un'ulcera, fu quella che fece sospettare una posizione anomala dell'intestino tenue.

La trasposizione congenita dell'intestino tenue è dovuta probabilmente ad un'anomala rotazione del colon. R. MARTONE.

Sull'ulteriore destino del megacolon congenito operato.

(ANSCHÜTZ. *Zent. f. Chir.*, 1931, n. 15, p. 912).

Contrariamente all'asserzione di Ask-Upmark che avrebbe trovato nella letteratura mondiale soltanto 28 casi seguiti da 1 a 6 anni Petren ne raccoglie 102 casi degli ospedali svedesi con risultati lontani da 1 a 25 anni di 38 trattati col metodo conservativo e di 29 operati. Questi trovava fra i 38, non operati 24 guariti o migliorati, 5 poco migliorati, 6 non migliorati o peggiorati, 4 morti in seguito al megacolon. Fra i 29 operati 13 guariti o migliorati, 8 poco migliorati, 2 non migliorati o peggiorati, 6 morti. Cioè si avrebbe col trattamento conservativo un buon risultato in circa i 2/3, negli operati soltanto in circa la metà.

Si deve pensare che i casi operati sono certamente i più gravi ed inoltre si può contrapporre la statistica di Lowenstein che su 59 casi trattati col metodo conservativo ha avuto il 66 % di morte e solo il 12 % di guarigione e quella di Neugebauer che ha avuto il 68 % di morte e solo il 6 % di guarigione.

L'A. riferisce su 20 casi di megacolon congenito. Circa la patogenesi essa può essere varia: ostacoli al passaggio, meccanici costanti o intermittenti (inginocchiamenti, formazioni di briglie, alterazioni mesenteriali): malformazioni della sfera caudale (megacolon idiopatico accompagnato da altre malformazioni); alterazioni spastiche in relazione con cause nervose, acalonia di Lehmann per cui lo sfintere interno dell'ano o pelvi rettale non si apre a causa di un'alterazione riflessa). Nel 1907 Perthes e nel 1911 Konietzny misero in evidenza il fattore meccanico. Nei suoi casi operati la sede del megacolon era nella flessura sigmoidea che era soltanto in 3 normale. In tutti ha praticato la resezione.

Crede che la dilatazione rettale che accompagna il megacolon sia semplicemente meccanica dovuta a mancanza di potenza peristaltica del colon per cui si hanno accumuli fecali nell'ampolla rettale ed al disopra. Anche le dilatazioni ed ipertrofie della vescica crede che siano in rapporto con un fattore meccanico piuttosto che con alterazioni nervose.

Lehmann ed altri avendo osservate delle recidive con la resezione colica credono che la causa della malattia sia un disturbo funzionale degli sfinteri. I risultati dell'A. parlano contro questa asserzione.

Dal suo materiale ha che di 16 casi operati e controllati poi da 2 anni a 30 solo uno ha avuto cattivo esito, dovuto ad un restringimento del punto di resezione. Gli altri 15 hanno avuto come risultato duraturo: funzione intestinale normale, possibilità di lavorare, stato generale buono subiettivo ed obiettivo. Anche lo stato idrocefalico, si è in un caso migliorato dopo l'operazione. Di questi 15 casi con buon risultato su 16, furono trattati 12 con la asportazione radicale, in più tempi, della flessura sigmoidea, una volta dopo un'operazione palliativa (ciecostomia, anastomosi della flessura) seguita da resezione non radicale della flessura, fu fatta una colectomia totale; due volte fu fatta l'asportazione radicale del megatrasverso.

Nei 12 casi fu adoperato il tipico metodo di Mikulicz aspettando per la chiusura dell'ano preternaturale in alcuni bambini da 2 a 4 mesi per attendere un miglioramento dello stato generale che sussegue alla disintossicazione. Crede che la resezione sia la operazione di scelta per il megacolon come hanno anche sostenuto Neugebauer e Laqua: resezione fatta in più tempi secondo il metodo di Mikuliez. Anche nei trattati il metodo in più tempi viene riportato come la regola e quello in un tempo come l'eccezione. Come preliminare si può adoperare la ciecostomia. Anche la statistica recente di Ask-Upmark dà su 21 resezioni in un tempo 9 morti e su 10 in più tempi 3 morti.

Nei suoi 20 casi la resezione fu fatta 1 volta in un solo tempo senza morte, 1 volta in più tempi atipica senza morte e 18 volte la tipica resezione alla Mikulicz con 2 morti. Uno di questi morì per una fistola stercoracea consecutiva ad un difetto di tecnica; l'altro aveva una dilatazione del trasverso e discendente: era stata fatta una ciecostomia e la resezione venne compiuta in più tempi.

I risultati a distanza di 16 casi operati danno

15 guarigioni ed un insuccesso che confrontati con quelli di Ask-Upmark consecutivi a resezioni od anastomosi, sono certamente migliori (su 30, 10 insuccessi).

Intanto può ancora rilevarsi dai buoni risultati così ottenuti che nel megasigma congenito non sia l'operazione di scelta la colectomia totale che ha suscitato proteste da varie parti (Enderlen, Payr ed altri) e che anche dalla statistica di Ask-Upmark dà alta mortalità e cattivi risultati definitivi.

R. BRANCATI.

Ricerche sperimentali sulla tecnica delle resezioni gastro-intestinali.

(DUBOURG. *Bordeaux chirurgical*, n. 2, aprile 1931).

L'A. ha eseguito ricerche sperimentali sulla tecnica delle resezioni gastro-intestinali. Le sue osservazioni sono costituite da 22 operazioni gastriche e intestinali (anastomosi intestinali termino-terminali e resezioni piloro-gastriche alla Billroth II). E dà 7 casi clinici.

Non ha operato altro che sul tenue e sullo stomaco. Basandosi su questo materiale egli ha tratto le seguenti conclusioni:

1) Sull'evoluzione della natura intestinale o gastro-intestinale. La mucosa cicatrizza come l'epidermide in una ferita che cicatrizza per 2ª intenzione; al 4° giorno le mucose sono soltanto in contiguità, all'8° si stabilisce la continuità mediante un unico strato di cellule, verso il 12° appariscono delle villosità che verso il 16° si trovano più numerose e si accompagnano a cripte a ghiandole a formazioni cistiche. La muscolaris mucosae degenera ed è sostituita totalmente da connettivo neoformato; tale tessuto di cicatrice si forma principalmente a carico della sottomucosa, il connettivo sottosieroso vi partecipa solo accessoriamente e avrebbe funzione vicariante. Ogni sutura gastro-intestinale è infetta e la infezione è portata e mantenuta dai fili perforanti.

2) Sul valore dei metodi di schiacciamento. Essi sono responsabili di lesioni gravi della parete in tutti i suoi strati. Tali lesioni favoriscono lo stabilirsi ed il permanere dell'infezione e provocano una inibizione dei processi di rigenerazione.

Concludendo rispetto ai metodi senza schiacciamento provocano un ritardo nella cicatrizzazione e una maggiore gravità della inevitabile infezione delle suture.

3) Valore comparativo tra i metodi di sutura: Punto di Connel, punto perforante totale, punto perforante parziale extra-mucoso.

Il punto di Connel è responsabile di lesioni analoghe, ma molto meno accentuate, a quelle degli schiacciatori, inoltre esso drena all'esterno verso il peritoneo, l'infezione; il punto perforante totale traumatizza poco i tessuti e la cicatrizzazione è più rapida che con il Connel però drena anch'esso verso il peritoneo, l'infezione; il punto parziale extra mucoso, traumatizza poco i tessuti come il precedente, ha su questo il vantaggio di non drenare l'infezione all'esterno. Esso è il migliore.

4) Valore comparativo fra materiale di sutura riassorbibile e non riassorbibile. Coll'impiego del primo la durata dell'infezione è notevolmente diminuita.

Ricerche batteriologiche. — Ha ricercato lo stato microbico della cavità peritoneale nel corso di resezioni piloro-gastriche e giunge alle seguenti conclusioni.

1) Non esiste nessuna tecnica capace di evitare la contaminazione del peritoneo nel corso di resezioni piloro gastriche.

2) Il potere patogeno di questi germi è molto attenuato, inoculati in cavie, sorci, ratti bianchi, non ha mai constatato reazioni generali, solo qualche lieve reazione locale.

3) La lesione che ha determinato l'intervento sembrerebbe non avere influenza sulla virulenza dei germi che si è dimostrata eguale in 5 casi di ulcera gastrica, 2 casi di cancro dello stomaco.

4) Il materiale prelevato da superfici di sezione iodate è sempre risultato sterile, sia nell'uomo che nel cane salvo in un caso (cane).

Infezione delle suture e complicazioni postoperatorie. — Molte complicazioni locali postoperatorie sono dovute all'infezione; esse talora possono apparire sotto forma di semplici accidenti meccanici o con una passeggera elevazione termica dal 6° al 10° giorno. L'infezione delle suture sta anche secondo gli autori alla base delle complicanze cardiaco-polmonari ed i germi raggiungono i polmoni il più spesso per la via linfatica.

B. PAGGI.

SANGUE.

L'anemia essenziale ipocromica (cloranemia achilica) e i suoi rapporti con l'anemia perniciosa.

(SCHULTEN. *Münch. Med. Woch.*, 22 apr. 1932).

Da qualche anno è descritto un quadro ematologico che compare di solito nelle donne di mezza età, ed è caratterizzato da un'anemia ipocromica e microcitaria, che si trascina per anni, accompagnandosi a disturbi varii da parte dello stomaco.

Questa forma morbosa è stata battezzata dagli Autori in modo diverso, e si è parlato di clorosi, di cloranemia achilica, ecc.: ma lo Schulten, fondandosi su quelli che sono i caratteri principali della malattia e i più essenziali alla diagnosi, parla di *anemia essenziale*, perchè non si tratta di forma sintomatica, *ipocromica;* in quanto alla microcitosi, essa non merita di rientrare nel titolo, perchè è un attributo assai frequente ma non costante.

Nell'anamnesi di questi malati si ritrovano tutti i sintomi dell'anemia in genere (debolezza, febbre, vertigini, ecc.) non esclusi quelli che si ritengono caratteristici dell'anemia perniciosa, come il bruciore della lingua, le parestesie delle estremità, ecc.; onde è frequente la confusione diagnostica con quest'ultima forma morbosa.

Difficile è il differenziare queste forme di anemia ipocromica da quelle dovute ad emorragie: si tratta di emorragie che hanno provocato uno stato anemico, o di un'anemia che si accompagna alle emorragie? La decisione è spesso ardua.

In quanto alla diminuzione dell'indice emoglobinico che talora si osserva in casi di achilia gastrica, dobbiamo considerarla come una manifestazione meno marcata della stessa malattia.

Le condizioni generali del paziente non hanno nulla di caratteristico: il pallore non assume mai la tinta giallastra caratteristica del Biermer.

In quanto all'esame funzionale dello stomaco, esso dà in genere dei valori bassissimi di acido cloridrico e di acidità totale, ma l'achilia non è un sintoma costante.

Sono invece notevolmente frequenti le trombosi. La malattia decorre con piccole temperature che fanno pensare alla tubercolosi e all'endocardite lenta.

Nel sangue si trova il reperto di una anisocitosi, con prevalenza delle emazie piccole (microcitosi); il valore globulare è basso.

Importante il criterio terapeutico: queste anemie reagiscono meravigliosamente all'azione dei preparati anorganici di ferro, ad alte dosi giornaliere; si ottengono così delle guarigioni, o per lo meno delle remissioni prolungate; ma le ricadute non sono rare. È difficile che questa terapia non riesca, tuttavia se ne ha qualche esempio.

Sebbene, da un punto di vista teorico, sia necessario mantenere nettamente divise tra loro l'anemia perniciosa, dall'an. ipocromica essenziale, tuttavia bisogna ammettere che esistano tra loro delle relazioni assai strette, giacchè le si vedono comparire con frequenza nella stessa famiglia, probabilmente in rapporto con uno stato ereditario costituzionale comune. V. Serra.

La funzione del sistema nervoso centrale sulla regolazione della formula ematica.

(M. R. Castex. *Le sang.*, n. 6, 1931).

Da poco tempo si conosce l'importanza del sistema nervoso nella determinazione della formula ematica.

Sistema nervoso centrale e formula leucocitaria. — Le proteine batteriche iniettate all'uomo provocano febbre elevata, leucocitosi assoluta con neutrofilia, deviazione della formula verso sinistra e reazione mieloide; poi si ha caduta della temperatura, diminuzione del numero dei leucociti con linfocitosi relativa. Però se le dosi non sono elevate si può avere leucopenia con numerosi eritroblasti. Lo stesso si può avere in alcune setticemie leucopeniche.

Circa il meccanismo di queste modificazioni, Freund e Grafe hanno veduto che la modificazione della temperatura e del metabolismo proteico non si hanno nella cavia per azione di proteine batteriche se si seziona il midollo cervicale e Holf e Linhardt, nelle medesime condizioni, hanno veduto che mancano l'intensa leucocitosi e la deviazione della formula, che invece ci sono se la sezione del midollo è stata fatta solo da un lato (emisezione). Da questo si deve dedurre che le modificazioni leucocitarie da proteine batteriche sono regolate da centri vegetativi posti nelle vie che attraversano il midollo cervicale. Hoff e Linhardt hanno constatato leucocitosi con deviazione a sinistra e reazione mieloide dopo iniezione di aria nei ventricoli per la ventriculografia e questa reazione è stata veduta pure da Rosenow (ma nel coniglio) dopo puntura della regione diencefalica.

Da ulteriori esperienze di Hoff e Linhardt risulta una netta indipendenza della leucocitosi dalla iperpiressia.

Rosenow ha veduto una leucocitosi neutrofila per puntura del corpo striato, del talamo e dell'ipotalamo e da questo conclude per una influenza nervosa sulla morfologia del sangue ed emette l'ipotesi di un disturbo circolatorio cerebrale nelle leucemie.

L'A. ha studiato un acromegalico con alterazioni subleucemiche del sangue e che un anno dopo divenne veramente leucemico.

Moser ha veduto casi di Parkinson postencefalitico e di tumore mesencefalico con leucocitosi, neutrofilia e deviazione della formula verso sinistra.

Oregia, Tomesca e Roman e poi Grecco hanno veduto delle modificazioni della formula ematica dopo puntura lombare. Orectica e Dreagomir hanno veduto modificazioni della formula leucocitaria dopo iniezioni di aria nel cavo craniorachideo.

Castex, in collaborazione con Ontoseda, ha veduto in 25 casi, dopo puntura della cisterna, leucopenia nella prima ora, dalla 3ª alla 6ª ora leucocitosi con indipendenza fra modificazione ematica e temperatura.

Sistema nervoso centrale e formula rossa. — Castex ha emesso l'ipotesi che la sindrome di Geroböck o policitemia ipertonica fosse una sindrome diencefalica. Ci sono poi delle osservazioni che stanno a favore di quest'ipotesi: le policitemie emozionali, da esercizio fisico, da freddo e da asfissia osservate da Cannon e Isquierdo; la poliglobulia vista da Schulhof, Germanowitch, Madel e Wolff e altri nel de-

corso dell'encefalite epidemica; la comparsa di normoblasti veduta da Rosenow in animali dopo puntura cerebrale. La poliglobulia è stata veduta in molte malattie endocrine e Gunther ha insistito sulla sua origine ipotalamica. Mecht e Weil hanno veduto una policitemia in rapporto con un trauma. Urecchia ha studiato il cervello dei cardiaci veri e sostiene la origine cerebrale dei sintomi. Guillain, Lechelle e Garcin hanno veduto la poliglobulia nelle sindromi ipofisarie.

Castex e Ontoseda hanno veduto, dopo puntura della cisterna, oligocitemia senza idremia, senza aumento di volume del sangue e senza distruzione critica delle emazie (probabilmente si accompagna ad accumulo di emazie negli organi addominali).

Da tutte queste osservazioni cliniche e sperimentali Castex conclude per l'esistenza di una regolazione nervosa della formula ematica e ritiene esistente la correlazione fra sistema neurovegetativo e sistema reticoloendoteliale messe in evidenza dalle esperienze di Handel e Nalet. R. LUSENA.

L'istamina nel trattamento delle anemie e achilie gastriche.

(H. MOGENA, J. GARCÍA ORCOYEN, A. LOPEZ FERNANDEZ. *Archiv. de Med. Cir. y Espec.*, 6 febbraio 1932).

Sono noti i benefici effetti che ha l'istamina sugli infermi con achilia. Gli AA. hanno provato a somministrarla per via orale, seguendo le esperienze di Pal, per comprovare la rapida *rigenerazione ematica* che ne consegue: a diversi infermi, senza recenti emorragie, hanno dato *per os* da dieci a venti milligrammi di istamina *pro die*, osservando ogni otto giorni le modificazioni del quadro ematico: si notò un aumento considerevole dei globuli rossi, che talvolta raggiunse circa un milione: a parte poi il miglioramento dell'appetito e dello stato generale. Sperimentalmente hanno controllato questo aumento di emazie in conigli sottoposti a salassi: hanno visto così che i conigli trattati con istamina recuperavano molto più rapidamente il numero delle emazie primitivo che non i conigli che non erano sottoposti al trattamento istaminico.

In quanto agli infermi con achilia non cancerosa hanno usato l'istamina sia per via sottocutanea, da tre a cinque decimi di mgr. in due volte prima dei pasti, sia per via orale alla dose di dieci-venti mgr. prima dei pasti.

I risultati più brillanti furono ottenuti negli achilici con colite: in questi si ebbe un pronto miglioramento con diminuzione dei dolori e dei fenomeni nervosi, sparizione del muco dalle feci, miglioramento dello stato generale. Risultati simili ebbero in alcune diarree con achilia di origine non tubercolare, che erano rimaste insensibili al trattamento con HCl e con i comuni mezzi terapeutici. Nelle diarree dei tubercolosi con gastrite achilica e con risposta negativa alla prova istaminica non ottennero nessun risultato favorevole se si eccetua un lieve miglioramento dell'appetito e dello stato generale.

Negli infermi astenici, inappetenti, con stomaco ipotonico ottennero buoni risultati dovuti, secondo gli AA., all'aumento del peristaltismo e del tono gastrico con conseguente rapido svuotamento del contenuto gastrico.

G. LA CAVA.

PELLE.

L'eczema: quello che sappiamo e che non sappiamo.

(R. SABOURAUD. *Presse Méd.*, 10 febbraio 1932).

Tutte le lesioni qualificate un tempo come eczema hanno, dal punto di vista anatomico, un punto comune, l'exoserosi. Che si tratti di eczemi di cui la causa è ignorata, o di una dermite professionale, o anche di una infezione eczematigena di superficie, ciò che caratterizza la lesione anatomicamente è l'edema epidermico: la spongiosi, producente la vescicola. È questo un processo di reazione cutanea comune a mille cause esterne differenti, a mille antigeni, processo di reazione che si ritrova anche in lesioni che non fanno parte dell'antico eczema.

Dal punto di vista clinico l'antico eczema si è a poco a poco smembrato. Una enorme parte dei fatti che prima si qualificavano con questo nome dipende da cause microbiche, come la pitiriasi steatoide, la corona seborroica di Unna, le infezioni impetiginose croniche, ecc. Altri vecchi eczemi sono di natura micosica, come la pitiriasi semplice, l'eczema marginato di Hebra, le tricofizie plantari e palmari, l'antico eczema ipercheratosico intertriginoso dei pollici e tutte le oidiofizie.

Una seconda ed enorme parte dell'eczema, prima considerata come malattia da causa interna, si è staccata da esso a misura che si è potuta provarne l'origine esterna e traumatica. Sono le dermatosi professionali, in genere le dermatosi da sensibilizzazione.

Che resta allora del vecchio eczema? Restano tutte le dermiti rosse a tendenza essudativa ed in seguito esfoliativa di cui la causa ci resta sconosciuta. In effetti, a misura che noi riconosciamo una causa precisa ad una malattia di cui sconoscevamo la precisa natura, questa malattia prende naturalmente il nome della sua causa. E questo è giusto, perchè man mano che le conosciamo meglio noi vediamo ogni specie definita del vecchio eczema prendere dei sintomi clinici un po' differenti e differenziali. A misura che la causa delle affezioni si chiarisce, apprendiamo a differenziarla a occhio nudo.

dose di 0,1 cmc., aumentando questa ad ogni iniezione di 0,1 cc. fino a giungere a 1 cc. ripetendo se necessario la serie delle iniezioni dopo una settimana di intervallo. I seni fistolosi erano irrigati ogni 4 giorni con soluzione contenente il principio attivo oppure le ferite, erano impregnate con garza impregnata nella soluzione stessa. L'applicazione delle larve viventi si faceva solo nei casi di infezioni gravi o datanti da lungo tempo. Dei 200 casi trattati in 183 si ebbe guarigione duratura: la guarigione si ebbe in questi casi, nella media di 6 settimane. Dei casi con risultato negativo 8 non ebbero alcun miglioramento, uno morì per degenerazione amiloide constatata all'autopsia, gli altri ebbero recidiva e sono ancora sotto trattamento.

Gli AA., dall'insieme delle osservazioni fatte, concludono che nei casi di osteomielite, in cui l'interessamento del periostio è molto esteso, con presenza di un involucro che circonda l'intera circonferenza dell'osso, in quei casi cioè in cui la rimozione chirurgica dell'osso risulta particolarmente difficile, si ha con la cura suddescritta la guarigione nell'88 per cento dei casi. Sono invece resistenti a questa forma di terapia l'osteomielite delle ossa tarsali, le osteomieliti da stafilococco emolitico e da streptococco emolitico per l'alta virulenza di questi germi e le osteomieliti di origine t.b.c. In queste ultime solo i germi che hanno infettato secondariamente la ferita vengono ad essere distrutti. Sono anche lenti a guarire i pazienti con focolai osteomielitici multipli disseminati, perchè in tali casi esiste una infezione latente della massa sanguigna che abbassa i poteri di resistenza organica; e i casi molto avanzati e molto cronici, nei quali l'esistenza di una amiloidosi generalizzata renderà il trattamento nullo.

Attenzione deve essere posta nel prevenire che la ferita guarisca troppo rapidamente: la guarigione di essa deve incominciare dal fondo e spesso è necessario riaprire gli strati superficiali della ferita che si erano chiusi.

Con lo stesso metodo sono stati trattati alcuni pazienti con ulceri croniche delle gambe, con infezioni della mastoide e dell'orecchio medio. Ma sarebbe prematuro parlare dei risultati, che si sono finora dimostrati molto buoni, dato il piccolo numero di pazienti così trattati.

*
* *

Dello stesso argomento si occupano nel medesimo periodico E. Wilson C. Doan, D. Miller, i quali hanno curato con applicazione di larve di *Lucilia Seracata* e di *Phormia Regina* 26 casi di osteomieliti croniche e acute in bambini e adulti. Hanno ottenuto la guarigione in 22 casi: il tempo medio di guarigione per gli adulti è stato di 10 settimane, per i bambini di 7 settimane. Il trattamento suddetto produce un rapido miglioramento delle ferite operatorie, che si dimostrano ben granulanti, e obliterazione della cavità prodotta dall'intervento, con parziale ristabilimento della circolazione sanguigna locale.

I risultati negativi furono dovuti più ad errore nell'indicazione e nell'estensione del trattamento chirurgico che ad inefficacia del trattamento con larve. È perciò che se si desidera ottenere buoni risultati, bisogna esattamente studiare dal punto di vista chirurgico il caso individuale ed esattamente eseguire l'intervento che precede il trattamento con larve.

Ed è a questa conclusione che noi sottoscriviamo volentieri. La cura con larve potrà essere, a quanto dicono gli AA. americani, un ottimo coadiuvante per la guarigione delle ferite prodotte dall'intervento operatorio, ma non potrà mai, e sarebbe ingenuo il crederlo, portare di per sè solo alla guarigione. Il trattamento chirurgico è e sarà ancora forse per lungo tempo l'unica cura di questa malattia, contro la quale sovente i mezzi, che il medico ha a sua disposizione, riescono vani.

G. La Cava.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Pierre-Noël Deschamps. *Electrocardiographie clinique*. Vol. in-8° di pagg. 1-192. Masson éd., Paris, 1932. Frs. 30.

È un breve manuale ove sono succintamente raccolte le più importanti e fondamentali cognizioni relative alla tecnica elettrocardiografica e all'interpretazione delle principali modificazioni fisiologiche e patologiche degli elettrocardiogrammi. Interessanti dal punto di vista tecnico i dati relativi alla maniera corretta di raccogliere e registrare i tracciati elettrici del cuore, all'uso degli apparecchi, ai modi di ovviare ai principali difetti e alle più comuni cause di errore. Lo studio delle aritmie, che costituiva sino ad ora in manuali di questo tipo la parte più importante del lavoro, pur essendo svolto sufficientemente e con intendimento pratico e con chiarezza, è piuttosto limitato. Del resto, questo è stato appunto l'intendimento dell'autore il quale ha voluto dare nel suo manuale più larga parte ad altri importanti e più moderni capitoli dell'elettrocardiografia, anche perchè sul capitolo, certo interessante, delle aritmie esistono trattazioni ampie, diffuse e complete anche recenti, e d'altra parte in questi ultimi tempi poco si è aggiunto, in questo campo, di nuovo al brillante argomento. L'interesse dello studio elettrocardiografico è stato richiamato dall'autore su altri campi che sono attualmente ancora in sviluppo, ma che, è probabile, costituiranno tra breve il più importante campo di osservazione e di ricerca in diretto rapporto con la pratica clinica.

È in base a un tale concetto seguito dal-

da notare anche che spesso nella convalescenza della scarlattina si vedono reazioni di Dick positive.

Esistono anche pseudoreazioni di Dick; ma secondo l'A. sono così rare da essere senza grande importanza.

I tentativi di ottenere dalla tossina streptococcica un tossoide mediante la formalinizzazione della tossina come ha fatto Ramon per la difterite non hanno avuto applicazione perchè non si è avuta immunità col suo uso.

Con questo l'A. non intende negare l'importanza della reazione di Dick che ha permesso di ridurre notevolmente la morbilità delle infermiere addette alla cura dei bambini scarlattinosi.

È importante notare che nei primi mesi di vita manca la reazione di Dick anche per quantità grande di tossina eritrogena.

Questa assenza di reazione non dipende da presenza di antitossina derivante dalla madre. La comparsa della sensibilità è in rapporto con l'assorbimento da parte del bambino di tossina streptococcica attraverso le vie respiratorie, secondo Cook, il quale ha veduto la reazione diventare positiva in un bambino insensibile, al quale era stato iniettato siero di persona sensibile. L'A. non approva il concetto allergico della scarlattina.

Non è provato che la desquamazione della scarlattina sia legata all'eritema, perchè si è avuta in casi di angina scarlattinosa senza eruzione.

R. LUSENA.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Il trattamento dell'osteomielite cronica con il principio attivo delle larve di muscidi.

(S. LIVINGSTON e L. PRINCE. *Journ. Am. Méd. Ass.*, 2 aprile 1932).

Osservazioni sull'azione dei vermi viventi (larve di muscidi) sulle ferite suppuranti non sono nuove, esse sono vecchie quanto la medicina.

Già Ambrogio Paré, nel sedicesimo secolo, aveva osservato come rapidamente guarissero le ferite in cui dei muscidi avessero depositato le loro uova. E Larrey, il famoso chirurgo di Napoleone, aveva notato la rapida cicatrizzazione delle ferite che contenevano larve di mosche, Malgaigne nel 1847 fece una relazione riguardante l'azione dei bachi nel trattamento delle fratture complicate.

Scientificamente i bachi furono per la prima volta usati come antisettici viventi dal Baer, medico militare dell'Armata americana in Europa, durante l'ultima guerra. Questo A. aveva notato come alcuni soldati feriti e rimasti anche per una settimana sul campo di battaglia privi di assistenza, trasportati all'ospedale base non presentavano febbre nè alcun segno di sepsi.

Rimovendo gli indumenti fu sorpreso nel notare che le ferite erano piene di larve, apparentemente quelle di moscone; fatta la *toilette* alle ferite queste apparivano ben granulanti e tendenti alla guarigione invece di presentare, come di solito, del pus e dei detriti.

Queste osservazioni spinsero il Baer a sperimentare con vermi viventi, applicando larve di mosche in casi di osteomielite piogena e tubercolare: usò il trattamento in 87 casi e dai risultati ottenuti concluse che i bachi possono ritenersi di un enorme aiuto nella cura chirurgica della osteomielite cronica e forse il metodo più efficace per guarire permanentemente le estese lesioni di continuo che essa provoca. Secondo il Baer i bachi, con la loro azione digestiva, ripuliscono la ferita, come meglio in altro modo non potrebbe farsi, dai minuti frammenti ossei che residuano in sito dopo l'intervento, e questo è un fattore di notevole importanza per la guarigione. Inoltre producono l'alcalinità della ferita e ostacolano così lo sviluppo dei germi patogeni. Essi probabilmente agiscono per meccanismi biochimici più fini e causano una reazione locale contrastante lo sviluppo dei germi.

Gli AA. riprendendo le osservazioni del Baer, osservarono che i benefici risultati ottenuti con l'applicazione di larve, continuano anche se le larve muoiono: immaginarono quindi che l'azione di queste non fosse meccanica bensì fosse in causa un nuovo agente, che si sviluppasse attraverso il contatto dei bachi viventi con i tessuti e che questo fosse il vero agente curativo. Ed infatti, usando i filtrati di larve in cultura pestate, ottennero i medesimi buoni risultati. Videro inoltre che questi stessi filtrati, messi in contatto con culture di batteri piogeni in capsule Petri, distruggevano le culture stesse. In un primo tempo gli AA. pensarono che questo nuovo agente fosse un batteriofago, ma quando videro che la sterilizzazione non intaccava la potenza battericida del filtrato furono spinti a pensare che si trattasse invece di un principio attivo. Sono ora alla ricerca della costituzione chimica di esso. Hanno con questo principio attivo trattato 200 casi di adulti con lesioni croniche, la maggior parte da piogeni ed alcune tubercolari delle varie ossa ed articolazioni, alcune datanti dalla ultima guerra. Ebbero soltanto il 12 % di insuccessi. La maggior parte dei casi trattati erano già stati ospitalizzati e curati ma senza alcun risultato duraturo. Il metodo di cura usato dagli AA. era il seguente: Si praticava, se necessario, una sequestrectomia radicale, seguita da un'iniezione preventiva di siero antitetanico: si introducevano quindi nella ferita delle larve viventi e si ripeteva l'applicazione per 2 o 3 volte; si iniettavano inoltre vaccini autogeni e polivalenti contenenti il principio attivo alla

dose di 0,1 cmc., aumentando questa ad ogni iniezione di 0,1 cc. fino a giungere a 1 cc. ripetendo se necessario la serie delle iniezioni dopo una settimana di intervallo. I seni fistolosi erano irrigati ogni 4 giorni con soluzione contenente il principio attivo oppure le ferite, erano impregnate con garza impregnata nella soluzione stessa. L'applicazione delle larve viventi si faceva solo nei casi di infezioni gravi o datanti da lungo tempo. Dei 200 casi trattati in 183 si ebbe guarigione duratura: la guarigione si ebbe in questi casi nella media di 6 settimane. Dei casi con risultato negativo 8 non ebbero alcun miglioramento, uno morì per degenerazione amiloide constatata all'autopsia, gli altri ebbero recidiva e sono ancora sotto trattamento.

Gli AA., dall'insieme delle osservazioni fatte, concludono che nei casi di osteomielite, in cui l'interessamento del periostio è molto esteso, con presenza di un involucro che circonda l'intera circonferenza dell'osso, in quei casi cioè in cui la rimozione chirurgica dell'osso risulta particolarmente difficile, si ha con la cura suddescritta la guarigione nell'88 per cento dei casi. Sono invece resistenti a questa forma di terapia l'osteomielite delle ossa tarsali, le osteomieliti da stafilococco emolitico e da streptococco emolitico per l'alta virulenza di questi germi e le osteomieliti di origine t.b.c. In queste ultime solo i germi che hanno infettato secondariamente la ferita vengono ad essere distrutti. Sono anche lenti a guarire i pazienti con focolai osteomielitici multipli disseminati, perchè in tali casi esiste una infezione latente della massa sanguigna che abbassa i poteri di resistenza organica; e i casi molto avanzati e molto cronici, nei quali l'esistenza di una amiloidosi generalizzata renderà il trattamento nullo.

Attenzione deve essere posta nel prevenire che la ferita guarisca troppo rapidamente: la guarigione di essa deve incominciare dal fondo e spesso è necessario riaprire gli strati superficiali della ferita che si erano chiusi.

Con lo stesso metodo sono stati trattati alcuni pazienti con ulceri croniche delle gambe, con infezioni della mastoide e dell'orecchio medio. Ma sarebbe prematuro parlare dei risultati, che si sono finora dimostrati molto buoni, dato il piccolo numero di pazienti così trattati.

*
* *

Dello stesso argomento si occupano nel medesimo periodico E. WILSON C. DOAN, D. MILLER, i quali hanno curato con applicazione di larve di *Lucilia Seracata* e di *Phormia Regina* 26 casi di osteomieliti croniche e acute in bambini e adulti. Hanno ottenuto la guarigione in 22 casi: il tempo medio di guarigione per gli adulti è stato di 10 settimane, per i bambini di 7 settimane. Il trattamento suddetto produce un rapido miglioramento delle ferite operatorie, che si dimostrano ben granulanti, e obliterazione della cavità prodotta dall'intervento, con parziale ristabilimento della circolazione sanguigna locale.

I risultati negativi furono dovuti più ad errore nell'indicazione e nell'estensione del trattamento chirurgico che ad inefficacia del trattamento con larve. È perciò che se si desidera ottenere buoni risultati, bisogna esattamente studiare dal punto di vista chirurgico il caso individuale ed esattamente eseguire l'intervento che precede il trattamento con larve.

Ed è a questa conclusione che noi sottoscriviamo volentieri. La cura con larve potrà essere, a quanto dicono gli AA. americani, un ottimo coadiuvante per la guarigione delle ferite prodotte dall'intervento operatorio, ma non potrà mai, e sarebbe ingenuo il crederlo, portare di per sè solo alla guarigione. Il trattamento chirurgico è e sarà ancora forse per lungo tempo l'unica cura di questa malattia, contro la quale sovente i mezzi, che il medico ha a sua disposizione, riescono vani.

G. LA CAVA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS. *Electrocardiographie clinique*. Vol. in-8° di pagg. 1-192. Masson éd., Paris, 1932. Frs. 30.

È un breve manuale ove sono succintamente raccolte le più importanti e fondamentali cognizioni relative alla tecnica elettrocardiografica e all'interpretazione delle principali modificazioni fisiologiche e patologiche degli elettrocardiogrammi. Interessanti dal punto di vista tecnico i dati relativi alla maniera corretta di raccogliere e registrare i tracciati elettrici del cuore, all'uso degli apparecchi, ai modi di ovviare ai principali difetti e alle più comuni cause di errore. Lo studio delle aritmie, che costituiva sino ad ora in manuali di questo tipo la parte più importante del lavoro, pur essendo svolto sufficientemente e con intendimento pratico e con chiarezza, è piuttosto limitato. Del resto, questo è stato appunto l'intendimento dell'autore il quale ha voluto dare nel suo manuale più larga parte ad altri importanti e più moderni capitoli dell'elettrocardiografia, anche perchè sul capitolo, certo interessante, delle aritmie esistono trattazioni ampie, diffuse e complete anche recenti, e d'altra parte in questi ultimi tempi poco si è aggiunto, in questo campo, di nuovo al brillante argomento. L'interesse dello studio elettrocardiografico è stato richiamato dall'autore su altri campi che sono attualmente ancora in sviluppo, ma che, è probabile, costituiranno tra breve il più importante campo di osservazione e di ricerca in diretto rapporto con la pratica clinica.

È in base a un tale concetto seguito dal-

da notare anche che spesso nella convalescenza della scarlattina si vedono reazioni di Dick positive.

Esistono anche pseudoreazioni di Dick; ma secondo l'A. sono così rare da essere senza grande importanza.

I tentativi di ottenere dalla tossina streptococcica un tossoide mediante la formalinizzazione della tossina come ha fatto Ramon per la difterite non hanno avuto applicazione perchè non si è avuta immunità col suo uso.

Con questo l'A. non intende negare l'importanza della reazione di Dick che ha permesso di ridurre notevolmente la morbilità delle infermiere addette alla cura dei bambini scarlattinosi.

È importante notare che nei primi mesi di vita manca la reazione di Dick anche per quantità grande di tossina eritrogena.

Questa assenza di reazione non dipende da presenza di antitossina derivante dalla madre. La comparsa della sensibilità è in rapporto con l'assorbimento da parte del bambino di tossina streptococcica attraverso le vie respiratorie, secondo Cook, il quale ha veduto la reazione diventare positiva in un bambino insensibile, al quale era stato iniettato siero di persona sensibile. L'A. non approva il concetto allergico della scarlattina.

Non è provato che la desquamazione della scarlattina sia legata all'eritema, perchè si è avuta in casi di angina scarlattinosa senza eruzione. R. LUSENA.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Il trattamento dell'osteomielite cronica con il principio attivo delle larve di muscidi.

(S. LIVINGSTON e L. PRINCE. *Journ. Am. Méd. Ass.*, 2 aprile 1932).

Osservazioni sull'azione dei vermi viventi (larve di muscidi) sulle ferite suppuranti non sono nuove, esse sono vecchie quanto la medicina.

Già Ambrogio Paré, nel sedicesimo secolo, aveva osservato come rapidamente guarissero le ferite in cui dei muscidi avessero depositato le loro uova. E Larrey, il famoso chirurgo di Napoleone, aveva notato la rapida cicatrizzazione delle ferite che contenevano larve di mosche, Malgaigne nel 1847 fece una relazione riguardante l'azione dei bachi nel trattamento delle fratture complicate.

Scientificamente i bachi furono per la prima volta usati come antisettici viventi dal Baer, medico militare dell'Armata americana in Europa, durante l'ultima guerra. Questo A. aveva notato come alcuni soldati feriti e rimasti anche per una settimana sul campo di battaglia privi di assistenza, trasportati all'ospedale base non presentavano febbre nè alcun segno di sepsi.

Rimovendo gli indumenti fu sorpreso nel notare che le ferite erano piene di larve, apparentemente quelle di moscone; fatta la *toilette* alle ferite queste apparivano ben granulanti e tendenti alla guarigione invece di presentare, come di solito, del pus e dei detriti.

Queste osservazioni spinsero il Baer a sperimentare con vermi viventi, applicando larve di mosche in casi di osteomielite piogena e tubercolare: usò il trattamento in 87 casi e dai risultati ottenuti concluse che i bachi possono ritenersi di un enorme aiuto nella cura chirurgica della osteomielite cronica e forse il metodo più efficace per guarire permanentemente le estese lesioni di continuo che essa provoca. Secondo il Baer i bachi, con la loro azione digestiva, ripuliscono la ferita, come meglio in altro modo non potrebbe farsi, dai minuti frammenti ossei che residuano in sito dopo l'intervento, e questo è un fattore di notevole importanza per la guarigione. Inoltre producono l'alcalinità della ferita e ostacolano così lo sviluppo dei germi patogeni. Essi probabilmente agiscono per meccanismi biochimici più fini e causano una reazione locale contrastante lo sviluppo dei germi.

Gli AA. riprendendo le osservazioni del Baer, osservarono che i benefici risultati ottenuti con l'applicazione di larve, continuano anche se le larve muoiono: immaginarono quindi che l'azione di queste non fosse meccanica bensì fosse in causa un nuovo agente, che si sviluppasse attraverso il contatto dei bachi viventi con i tessuti e che questo fosse il vero agente curativo. Ed infatti, usando i filtrati di larve in cultura pestate, ottennero i medesimi buoni risultati. Videro inoltre che questi stessi filtrati, messi in contatto con culture di batteri piogeni in capsule Petri, distruggevano le culture stesse. In un primo tempo gli AA. pensarono che questo nuovo agente fosse un batteriofago, ma quando videro che la sterilizzazione non intaccava la potenza battericida del filtrato furono spinti a pensare che si trattasse invece di un principio attivo. Sono ora alla ricerca della costituzione chimica di esso. Hanno con questo principio attivo trattato 200 casi di adulti con lesioni croniche, la maggior parte da piogeni ed alcune tubercolari delle varie ossa ed articolazioni, alcune datanti dalla ultima guerra. Ebbero soltanto il 12 % di insuccessi. La maggior parte dei casi trattati erano già stati ospitalizzati e curati ma senza alcun risultato duraturo. Il metodo di cura usato dagli AA. era il seguente: Si praticava, se necessario, una sequestrectomia radicale, seguita da un'iniezione preventiva di siero antitetanico: si introducevano quindi nella ferita delle larve viventi e si ripeteva l'applicazione per 2 o 3 volte; si iniettavano inoltre vaccini autogeni e polivalenti contenenti il principio attivo alla

narie e sollevandosi, fino a tornare talvolta a valori perfettamente normali, nei casi nei quali sopravvengono miglioramenti obbiettivi e subbiettivi.

L'O. ritiene quindi probabile che il quoziente albumine-globuline possa costituire un indice assai preciso della funzionalità epatica ed in grado di presentare sulle altre prove abitualmente in uso il non piccolo vantaggio di una praticità molto maggiore.

L'O. ritiene anche probabile che in determinate condizioni, la ricerca del quoziente suddetto possa costituire un elemento di notevole valore per differenziare, tra le diverse sindromi ascitiche, quelle riconducibili ad una affezione epatica, poichè in queste esso si dimostra costantemente abbassato e per lo più invertito. VILLATA.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 16 maggio 1932.

Presidenza: Prof. PAOLO GAIFAMI.

Diatesi emorragica ed infezione tubercolare.

Prof. BARBERI. — L'O., dalle osservazioni personali di tre casi di morbo di Werlhof cronico in bambini tubercolari e di un caso relativo ad una bambina di due anni con emottisi profuse e ripetute che precedettero di molti mesi il reperto di lesioni polmonari clinicamente e radiologicamente apprezzabili, trae occasione per ricercare sistematicamente in 65 bambini tubercolosi i segni più comunemente descritti come rivelatori di uno stato di diatesi emorragica: i segni di abnorme fragilità vasale si rilevano presso a poco con la stessa frequenza di quelli riferibili alle alterazioni della composizione del sangue. Questi risultati inducono l'O. a credere che la tubercolosi non è da considerare solo come un fattore occasionale nella patogenesi del morbo di Werlhof cronico, e potrebbero servire di conferma all'ipotesi che assegna una base emogenica a molti casi di emottisi a ripetizione frequenti ed insistenti e sproporzionati alle lesioni anatomiche locali e agli squilibrî di pressione.

Discussione: proff. COZZOLINO, FERRANNINI, MAGGIORE, QUARANTA, GALLO.

Dott. LENZI. — *Coaguli nel cuore.*

Ozena e dacriorinostomia.

Dott. RUSSO FRATTASI. — L'O., premesse alcune considerazioni nelle condizioni in cui si è costretti ad operare di dacriocistite individui affetti da ozena nasale, ritiene che quando ciò non è possibile evitare, sia assolutamente necessaria la dacriocinestectomia totale.

La rachianestesia nelle occlusioni intestinali.

Prof. M. RONZINI. — L'O. avendo ottenuto su 25 soggetti affetti da occlusione intestinale, effetti evacuativi immediati alla R. A. nel 72 % dei casi, confrontando questa cifra con quella dell'8 % ottenuta su soggetti operati di affezioni diverse dall'O. I. A., dopo aver premesse alcune nozioni d'ordine fisiologico, conclude con l'assegnare alla A. R. nelle O. I. A. valore di anestesia d'elezione. Il meccanismo d'azione di questa anestesia si concreta, secondo l'O., in una interruzione chimica temporanea dei filetti d'origine midollare dei nervi splancnici inibitori dell'intestino.

Discussione: proff BONOMO, BALDONI, CECCARELLI.

Atrofia cerebro-cerebellare crociata.

Prof. U. POPPI. — L'O. ha avuto l'opportunità di studiare anatomicamente un caso di atrofia cerebro-cerebellare crociata. Ne dimostra i preparati allestiti col metodo di Weiget-Pal, e dal loro esame conclude che nel caso osservato non si possa parlare di atrofia cerebellare secondaria ad atrofia cerebrale, ma di un arresto di sviluppo di centri anatomicamente e funzionalmente collegati tra di loro.

Prof. A. SANTONASTASO. — *Il fondo oculare nella lebbra.*

Prof. E. GIRONE. — *Varietà consociate in un occipitale.* *Il Segretario*: D. GARGASOLE.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

(Sezione Cosentina).

Seduta del 30 aprile 1932.

Presidente: Prof. ROBERTO FALCONE.

5 casi di cisti da echinococco a localizzazione rara.

Dott. A. CLAUSI SCHETTINI. — L'O. illustra 5 casi di cisti da echinococco a localizzazione rara: una della loggia sottomascellare destra, una della fossa iliaca interna destra, una della natica, una tra i foglietti del mesocolon discendente, una dello spazio prevescicale. Si sofferma su considerazioni diagnostico-differenziali e sul valore delle comuni prove di laboratorio per il cerzioramento della diagnosi.

Contributo clinico alla diagnostica delle infezioni delle vie urinarie nei bambini.

Dott. L. SUMMARIA. — L'O. illustra quattro casi clinici in bambini di mesi quattro e di anni 2, 4 e 8 i quali presentavano forme facilmente diagnosticabili per intossicazione intestinale, malaria, oligoemia, influenza; e che ad un esame clinico più accurato risultarono affetti da infezione delle vie urinarie.

Considerazioni su un caso di appendicite erniaria.

Dott. S. LAURELLI. — L'O. illustra un caso di ernia della sola appendice a sede inguinale e mette in rilievo la rarità di essa, la difficoltà di diagnosticarla prima dell'intervento chirurgico e di differenziarla dalle altre varietà erniarie od affezioni simili.

L'ereditarietà dal lato materno nel determinismo del sesso.

Dott. E. GALLO. — L'O., dopo aver passato in rassegna le teorie formulate sulla determinazione del sesso si schiera in favore della teoria cromosomica, attribuendo ai cromosomi della cellula uovo la specifica funzione di determinare il sesso, secondo le proprie tendenze ereditarie. Egli, in seguito alle sue molteplici osservazioni statistiche, ritiene di poter stabilire che la prevalenza di un sesso verificatasi in una famiglia si ripete nelle

PROFILI.

Alfredo Fournier.

Il centenario della nascita di ALFREDO FOURNIER (12 maggio 1932) è stato solennemente commemorato a Parigi con una conferenza internazionale delle leghe contro il pericolo venereo e con manifestazioni ufficiali alle quali hanno partecipato i rappresentanti di quasi tutte le nazioni civili, convenuti da ogni parte per rendere omaggio alla memoria del grande sifilografo.

Anche per le giovani generazioni e con tutti i progressi compiuti negli ultimi decenni, il nome di ALFREDO FOURNIER risuona come quello di un grande innovatore la cui opera di clinico e di maestro, d'igienista sociologo e di scrittore, ha gittato le basi incrollabili della Sifilologia clinica: opera che il tempo e le successive conquiste scientifiche non solo non hanno offuscata ma hanno per così dire

di seconda corona redimita,

confermando con i risultati delle siero-diagnosi ed i reperti del treponema le geniali intuizioni di quella mente poderosa.

È appena necessario ricordare, oltre ai lavori di dermatologia e venereologia (la gangrena spontanea fulminante dell'asta fu da lui per il primo descritta), i suoi innumerevoli studii sulla sifilide, coordinati e sviluppati di poi nel classico « *Traité de la Spyhilis* », che dalla dimostrazione della natura contagiosa delle manifestazioni sifilitiche secondarie (1861) vanno mano mano fino a quelli più recenti sull'importanza della sifilide nella patogenesi degli aneurismi, sulla « lues cerebri », sulla sifilide bucco-faringea, sulla sifilide maligna precoce e finalmente sulle così dette affezioni parasifilitiche con la concezione dell'origine specifica e della natura tossica delle leucoplasie boccali, della sifilide pigmentaria e soprattutto della tabe e della paralisi progressiva: concezione che le scoperte successive hanno modificato solo in quanto hanno dimostrato il rapporto ancora più diretto fra le affezioni stesse e la « lues ».

Nè minore importanza hanno avuto ed hanno tuttora i suoi lavori, riuniti nel volume *L'eredità sifilitica*, sulla ereditarietà luetica, sulla sifilide ereditaria (o congenita com'oggi si dice) tardiva, e soprattutto sulla sifilide quale veleno della stirpe e quale causa di spopolamento.

Dal lato clinico l'edificio innalzato da A. FOURNIER resta pressochè intatto e l'ammirazione dei posteri cresce a dismisura quando si pensi alla scarsezza dei mezzi diagnostici e terapeutici che erano allora a sua disposizione in paragone di quelli di oggi, e si rammenti che Egli, a conferma delle sue talvolta meravigliose diagnosi differenziali, non poteva servirsi che del solo mercurio, il più delle volte somministrato « per os ».

Con tutto ciò egualmente proficuo ed efficace fu l'indirizzo da lui dato per la cura della sifilide (dimostrando l'utilità dei joduri alcalini, specie nei periodi tardivi dell'infezione, e preconizzando quel metodo di cura cronico-intermittente che ancora oggi tiene testa ai decantati sistemi di cure abortive) e per prevenire il grande flagello. Il suo volume « *La prophylaxie de la Siphilis* » per i competenti, ed i varii opuscoli per i profani tra cui il più noto *Per i nostri figliuoli quando avranno 18 anni*, scritti, fra parentesi, come tutti i suoi lavori, in forma efficace evidente e suggestiva, attestano quale orma profonda Egli abbia lasciato anche in questo campo durante cinquanta anni di clinica e di insegnamento.

In tema di profilassi, seguendo l'indirizzo dei tempi, si atteggiò a severo regolamentarista, come si dice con brutta parola, facendo cardine del sistema di prevenzione la sorveglianza obbligatoria sul meretricio: è peraltro frutto della sua mente l'idea dei dispensarii pubblici per la cura gratuita, privata e segreta (affidati a specialisti di sicura competenza) delle malattie celtiche, i quali dovevano più tardi rappresentare con la propaganda antivenerea e con la crescente coscienza igienica, il mezzo più efficace per circoscrivere il dilagare della sifilide.

Non è dunque esagerazione il dire che tutta l'attività scientifica ed umanitaria di ALFREDO FOURNIER riveli l'impronta del genio, il quale, come tale, e perchè rivolto unicamente ad una grande opera di bene, ha varcato i confini della patria ed ha fatto sentire un benefico influsso su tutto il genere umano che deve alla sua gloriosa memoria perenne gratitudine e riverenza.

V. MONTESANO.

Nota. — Sulla vita e sull'opera di ALFREDO FOURNIER cfr. *L'Ospedale St. Louis e la Clinica di A. F.*, pubblicato da GOUGEROT e BRODIER per incarico del Comitato del centenario. Peyronet ed., 1932.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 13 maggio 1932-X.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Studio radiografico della circolazione linfatica e delle linfoghiandole.

Dott. S. TENEFF e STOPPANI. — Gli OO. dopo aver praticato iniezioni sottocutanee di Thorotrast in corrispondenza della pianta dei piedi di cavie, hanno potuto ottenere numerose radiografie eseguite a varia distanza, sulle quali sono evidenti le ombre dei vasi linfatici delle estremità e delle linfoghiandole poplitee ed inguinali. Il Thorotrast, in gran parte fermato nelle linfoghiandole sia libero nei sani sia inglobato dalle cellule fagocitarie, non esplica nessun'azione lesiva sugli elementi linfoghiandolari nè sulla struttura delle linfoghiandole.

Gli OO. credono che, ampliate queste ricerche, perfezionando la tecnica, possano avere una grande importanza anche nel campo della patologia umana.

Ricerche sul significato clinico delle alterazioni del contenuto proteico del siero nelle affezioni epatiche.

Dott. A. CIONINI. — L'O. ha osservato che, nella evoluzione delle diverse affezioni del fegato diffuse a tutto l'organo, il quoziente albumine-globuline dimostra di regola un comportamento parallelo al grado della lesione funzionale del fegato, abbassandosi progressivamente nei casi che evolvono verso l'insufficienza epatica conclamata, restando pressocchè stazionario nei casi che si mantengono in condizioni cliniche pressocchè stazio-

narie e sollevandosi, fino a tornare talvolta a valori perfettamente normali, nei casi nei quali sopravvengono miglioramenti obbiettivi e subbiettivi.

L'O. ritiene quindi probabile che il quoziente albumine-globuline possa costituire un indice assai preciso della funzionalità epatica ed in grado di presentare sulle altre prove abitualmente in uso il non piccolo vantaggio di una praticità molto maggiore.

L'O. ritiene anche probabile che in determinate condizioni, la ricerca del quoziente suddetto possa costituire un elemento di notevole valore per differenziare, tra le diverse sindromi ascitiche, quelle riconducibili ad una affezione epatica, poichè in queste esso si dimostra costantemente abbassato e per lo più invertito. VILLATA.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 16 maggio 1932.

Presidenza: Prof. PAOLO GAIFAMI.

Diatesi emorragica ed infezione tubercolare.

Prof. BARBERI. — L'O., dalle osservazioni personali di tre casi di morbo di Werlhof cronico in bambini tubercolari e di un caso relativo ad una bambina di due anni con emottisi profuse e ripetute che precedettero di molti mesi il reperto di lesioni polmonari clinicamente e radiologicamente apprezzabili, trae occasione per ricercare sistematicamente in 65 bambini tubercolosi i segni più comunemente descritti come rivelatori di uno stato di diatesi emorragica: i segni di abnorme fragilità vasale si rilevano presso a poco con la stessa frequenza di quelli riferibili alle alterazioni della composizione del sangue. Questi risultati inducono l'O. a credere che la tubercolosi non è da considerare solo come un fattore occasionale nella patogenesi del morbo di Werlhof cronico, e potrebbero servire di conferma all'ipotesi che assegna una base emogenica a molti casi di emottisi a ripetizione frequenti ed insistenti e sproporzionati alle lesioni anatomiche locali e agli squilibri di pressione.

Discussione: proff. COZZOLINO, FERRANNINI, MAGGIORE, QUARANTA, GALLO.

Dott. LENZI. — *Coaguli nel cuore.*

Ozena e dacriorinostomia.

Dott. RUSSO FRATTASI. — L'O., premesse alcune considerazioni nelle condizioni in cui si è costretti ad operare di dacriocistite individui affetti da ozena nasale, ritiene che quando ciò non è possibile evitare, sia assolutamente necessaria la dacriocinestectomia totale.

La rachianestesia nelle occlusioni intestinali.

Prof. M. RONZINI. — L'O. avendo ottenuto su 25 soggetti affetti da occlusione intestinale, effetti evacuativi immediati alla R. A. nel 72 % dei casi, confrontando questa cifra con quella dell'8 % ottenuta su soggetti operati di affezioni diverse dall'O. I. A., dopo aver premesse alcune nozioni d'ordine fisiologico, conclude con l'assegnare alla A. R. nelle O. I. A. valore di anestesia d'elezione. Il meccanismo d'azione di questa anestesia si concreta, secondo l'O., in una interruzione chimica temporanea dei filetti d'origine midollare dei nervi splancnici inibitori dell'intestino.

Discussione: proff. BONOMO, BALDONI, CECCARELLI.

Atrofia cerebro-cerebellare crociata.

Prof. U. POPPI. — L'O. ha avuto l'opportunità di studiare anatomicamente un caso di atrofia cerebro-cerebellare crociata. Ne dimostra i preparati allestiti col metodo di Weiget-Pal, e dal loro esame conclude che nel caso osservato non si possa parlare di atrofia cerebellare secondaria ad atrofia cerebrale, ma di un arresto di sviluppo di centri anatomicamente e funzionalmente collegati tra di loro.

Prof. A. SANTONASTASO. — *Il fondo oculare nella lebbra.*

Prof. E. GIRONE. — *Varietà consociate in un occipitale.* *Il Segretario*: D. GARGASOLE.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

(Sezione Cosentina).

Seduta del 30 aprile 1932.

Presidente: Prof. ROBERTO FALCONE.

5 casi di cisti da echinococco a localizzazione rara.

Dott. A. CLAUSI SCHETTINI. — L'O. illustra 5 casi di cisti da echinococco a localizzazione rara: una della loggia sottomascellare destra, una della fossa iliaca interna destra, una della natica, una tra i foglietti del mesocolon discendente, una dello spazio prevescicale. Si sofferma su considerazioni diagnostico-differenziali e sul valore delle comuni prove di laboratorio per il cerzioramento della diagnosi.

Contributo clinico alla diagnostica delle infezioni delle vie urinarie nei bambini.

Dott. L. SUMMARIA. — L'O. illustra quattro casi clinici in bambini di mesi quattro e di anni 2, 4 e 8 i quali presentavano forme facilmente diagnosticabili per intossicazione intestinale, malaria, oligoemia, influenza; e che ad un esame clinico più accurato risultarono affetti da infezione delle vie urinarie.

Considerazioni su un caso di appendicite erniaria.

Dott. S. LAURELLI. — L'O. illustra un caso di ernia della sola appendice a sede inguinale e mette in rilievo la rarità di essa, la difficoltà di diagnosticarla prima dell'intervento chirurgico e di differenziarla dalle altre varietà erniarie od affezioni simili.

L'ereditarietà dal lato materno nel determinismo del sesso.

Dott. E. GALLO. — L'O., dopo aver passato in rassegna le teorie formulate sulla determinazione del sesso si schiera in favore della teoria cromosomica, attribuendo ai cromosomi della cellula uovo la specifica funzione di determinare il sesso, secondo le proprie tendenze ereditarie. Egli, in seguito alle sue molteplici osservazioni statistiche, ritiene di poter stabilire che la prevalenza di un sesso verificatasi in una famiglia si ripete nelle

PROFILI.

Alfredo Fournier.

Il centenario della nascita di ALFREDO FOURNIER (12 maggio 1932) è stato solennemente commemorato a Parigi con una conferenza internazionale delle leghe contro il pericolo venereo e con manifestazioni ufficiali alle quali hanno partecipato i rappresentanti di quasi tutte le nazioni civili, convenuti da ogni parte per rendere omaggio alla memoria del grande sifilografo.

Anche per le giovani generazioni e con tutti i progressi compiuti negli ultimi decenni, il nome di ALFREDO FOURNIER risuona come quello di un grande innovatore la cui opera di clinico e di maestro, d'igienista sociologo e di scrittore, ha gittato le basi incrollabili della Sifilologia clinica: opera che il tempo e le successive conquiste scientifiche non solo non hanno offuscata ma hanno per così dire

di seconda corona redimita,

confermando con i risultati delle siero-diagnosi ed i reperti del treponema le geniali intuizioni di quella mente poderosa.

È appena necessario ricordare, oltre ai lavori di dermatologia e venereologia (la gangrena spontanea fulminante dell'asta fu da lui per il primo descritta), i suoi innumerevoli studii sulla sifilide, coordinati e sviluppati di poi nel classico « *Traité de la Spyhilis* », che dalla dimostrazione della natura contagiosa delle manifestazioni sifilitiche secondarie (1861) vanno mano mano fino a quelli più recenti sull'importanza della sifilide nella patogenesi degli aneurismi, sulla « lues cerebri », sulla sifilide bucco-faringea, sulla sifilide maligna precoce e finalmente sulle così dette affezioni parasifilitiche con la concezione dell'origine specifica e della natura tossica delle leucoplasie boccali, della sifilide pigmentaria e soprattutto della tabe e della paralisi progressiva: concezione che le scoperte successive hanno modificato solo in quanto hanno dimostrato il rapporto ancora più diretto fra le affezioni stesse e la « lues ».

Nè minore importanza hanno avuto ed hanno tuttora i suoi lavori, riuniti nel volume *L'eredità sifilitica*, sulla ereditarietà luetica, sulla sifilide ereditaria (o congenita com'oggi si dice) tardiva, e soprattutto sulla sifilide quale veleno della stirpe e quale causa di spopolamento.

Dal lato clinico l'edificio innalzato da A. FOURNIER resta pressochè intatto e l'ammirazione dei posteri cresce a dismisura quando si pensi alla scarsezza dei mezzi diagnostici e terapeutici che erano allora a sua disposizione in paragone di quelli di oggi, e si rammenti che Egli, a conferma delle sue talvolta meravigliose diagnosi differenziali, non poteva servirsi che del solo mercurio, il più delle volte somministrato « per os ».

Con tutto ciò egualmente proficuo ed efficace fu l'indirizzo da lui dato per la cura della sifilide (dimostrando l'utilità dei joduri alcalini, specie nei periodi tardivi dell'infezione, e preconizzando quel metodo di cura cronico-intermittente che ancora oggi tiene testa ai decantati sistemi di cure abortive) e per prevenire il grande flagello. Il suo volume « *La prophylaxie de la Siphilis* » per i competenti, ed i varii opuscoli per i profani tra cui il più noto *Per i nostri figliuoli quando avranno 18 anni*, scritti, fra parentesi, come tutti i suoi lavori, in forma efficace evidente e suggestiva, attestano quale orma profonda Egli abbia lasciato anche in questo campo durante cinquanta anni di clinica e di insegnamento.

In tema di profilassi, seguendo l'indirizzo dei tempi, si atteggiò a severo regolamentarista, come si dice con brutta parola, facendo cardine del sistema di prevenzione la sorveglianza obbligatoria sul meretricio: è peraltro frutto della sua mente l'idea dei dispensarii pubblici per la cura gratuita, privata e segreta (affidati a specialisti di sicura competenza) delle malattie celtiche, i quali dovevano più tardi rappresentare con la propaganda antivenerea e con la crescente coscienza igienica, il mezzo più efficace per circoscrivere il dilagare della sifilide.

Non è dunque esagerazione il dire che tutta l'attività scientifica ed umanitaria di ALFREDO FOURNIER riveli l'impronta del genio, il quale, come tale, e perchè rivolto unicamente ad una grande opera di bene, ha varcato i confini della patria ed ha fatto sentire un benefico influsso su tutto il genere umano che deve alla sua gloriosa memoria perenne gratitudine e riverenza.

V. MONTESANO.

Nota. — Sulla vita e sull'opera di ALFREDO FOURNIER cfr. *L'Ospedale St. Louis e la Clinica di A. F.*, pubblicato da GOUGEROT e BRODIER per incarico del Comitato del centenario. Peyrronet ed., 1932.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 13 maggio 1932-X.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Studio radiografico della circolazione linfatica e delle linfoghiandole.

Dott. S. TENEFF e STOPPANI. — Gli OO. dopo aver praticato iniezioni sottocutanee di Thorotrast in corrispondenza della pianta dei piedi di cavie, hanno potuto ottenere numerose radiografie eseguite a varia distanza, sulle quali sono evidenti le ombre dei vasi linfatici delle estremità e delle linfoghiandole poplitee ed inguinali. Il Thorotrast, in gran parte fermato nelle linfoghiandole sia libero nei sani sia inglobato dalle cellule fagocitarie, non esplica nessun'azione lesiva sugli elementi linfoghiandolari nè sulla struttura delle linfoghiandole.

Gli OO. credono che, ampliate queste ricerche, perfezionando la tecnica, possano avere una grande importanza anche nel campo della patologia umana.

Ricerche sul significato clinico delle alterazioni del contenuto proteico del siero nelle affezioni epatiche.

Dott. A. CIONINI. — L'O. ha osservato che, nella evoluzione delle diverse affezioni del fegato diffuse a tutto l'organo, il quoziente albumine-globuline dimostra di regola un comportamento parallelo al grado della lesione funzionale del fegato, abbassandosi progressivamente nei casi che evolvono verso l'insufficienza epatica conclamata, restando pressocchè stazionario nei casi che si mantengono in condizioni cliniche pressocchè stazio-

Per quanto riguarda l'oscuro meccanismo di una tale iperglicemia gli OO. pensano che, anche in base a ricerche di controllo istituite in altre forme morbose (iperpiressia da zolfo, insufficienze respiratorie acute e croniche di varia natura, ecc.) che oltre al fattore tossiinfettivo ammesso da altri autori possa avere notevole importanza l'accumulo del CO^2 e l'asfissia sui centri nervosi della glicoregolazione in forma acuta e senza possibilità quindi di compensi e adattamenti.

Effetti della resezione del nervo presacrale in 2 casi di amenorrea funzionale.

Dott. G. BOMBI. — L'O. pratica da qualche anno sistematicamente la resezione del nervo presacrale, sia come intervento isolato, sia come operazione complementare nelle sindromi dolorose pelviche femminili di origine genitale.

Tale operazione essendo stata praticata anche in due casi in cui la sindrome dolorosa si accompagnava ad una amenorrea preesistente (in una datante da 6 mesi e in una da 5), egli osservò la ricomparsa e la persistenza delle regolari mestruazioni, che si mantiene rispettivamente dall'agosto e dal novembre 1931.

In tutti e due i casi si trattava di amenorrea secondaria, insorta cioè in donne precedentemente mestruate; l'esplorazione laparatomica aveva dimostrato in un caso una ipoplasia dell'utero con atrofia dell'ovaia sinistra, nel secondo una degenerazione sclerocistica di modico grado di ambedue le ovaie.

L'O. non è in grado di precisare il meccanismo di azione della operazione praticata sullo stato di amenorrea, data anche la oscurità dei rapporti fra il sistema nervoso vegetativo e il fenomeno della ovulazione. Egli pensa che forse non tutte le amenorree di origine ovarica siano in rapporto alla soppressione della ovulazione, e che alcune possano essere in rapporto ad anormali influenze del sistema nervoso vegetativo, che vengono soppresse colla resezione del nervo presacrale.

Sui tumori desmoidi.

Dott. N. BOSMIN. — L'O. illustra due casi di tumori desmoidi, ambedue osservati in donne di 37 anni di età: in un caso il tumore si palpava nella fossa iliaca sinistra e si attaccava con un peduncolo alla spina iliaca antero-superiore, nell'altro esso si era sviluppato nella regione lombosacrale con attacco alla spina iliaca postero-superiore. I tumori furono asportati e seguì normale guarigione.

L'esame microscopico dimostrò la tipica struttura dei tumori desmoidi, costituiti nella quasi totalità da fasci collageni con scarse cellule connettivali e scarsissimi vasi.

L'interesse clinico di questi tumori consiste sopratutto nel fatto delle loro caratteristiche semiologiche, che vanno conosciute per evitare facili errori diagnostici. Si tratta di tumori di forma ovalare e bozzuta, molto duri, a lento sviluppo; di solito si originano dalla spina iliaca anterosuperiore e discendono lungo l'arcata di Falloppio, ma restando in connessione colla spina mediante un peduncolo; è eccezionale che si sviluppino (come nel secondo caso) dalla spina iliaca postero-superiore.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Seduta del 4 maggio 1932.

Presidente: On. Prof. E. MORELLI.

La pleurite essudativa controlaterale nel corso del pneumotorace artificiale.

Dott. LUZZATTO-FEGIZ GIUSTO. — L'O. dopo aver brevemente ricordato le caratteristiche di questa complicazione relativamente rara del pnx, quali risaltano dallo esame dei casi pubblicati e dalle proprie osservazioni (in numero di sei) si sofferma sulla patogenesi e la terapia, ritenendo improbabile le teorie ammesse da alcuni autori circa la dipendenza della P. e. c. dal pnx. Molti elementi parlano invece in favore di una origine autonoma della pleurite come espressione di riviviscenza e di germinazione di focolai pleuro-polmonari del lato opposto. In qualche caso la concomitanza di localizzazioni in altre sierose (pericardio, meningi) od in altri organi, farebbero pensare ad una possibile origine ematogena di detta forma di pleurite. Solo eccezionalmente si possono osservare delle P. e. c. la cui insorgenza è da mettersi in rapporto con un rifornimento; a spiegare tale evenienza l'O. emette l'ipotesi di un'origine allergica della pleurite analogamente a quanto è stato supposto da alcuni AA. per la pleurite pneumotoracica.

Salvo i casi con versamento minimo e quelli bilaterali gravi nei quali ogni intervento è inutile, l'O. ritiene che la terapia della P. e. c. debba essere rappresentata dalla evacuazione del liquido con sostituzione d'aria, istituendo così un pnx controlaterale a bassa pressione e di breve durata, allo scopo di ostacolare la formazione della sinfisi pleurica e di impedire la insorgenza di complicazioni legate alla rapida evacuazione dell'essudato colla semplice toracentesi, la quale date le particolari condizioni circolatorie polmonari create dal pnx favorirebbero in maniera anche maggiore che nelle comuni pleuriti da comparsa di un edema polmonare.

G. MENDES. — Osserva che l'istituire un pneumotorace bilaterale in tutti i casi di versamento pleurico controlaterale gli sembra ua regola troppo assoluta e non sempre opportuna, quando si pensi che molte volte questi versamenti controlaterali sono scarsi, fugacissimi ed a decorso benigno. Ritiene che la condotta terapeutica sia da decidersi caso per caso.

LUZZATTO-FEGIZ. — A proposito dell'osservazione del prof. Mendes sulla benignità e fugacità della pleurite controlaterale al pneumotorace che renderebbe superflua la pneumotoracentesi, crede di poter insistere su! fatto che non si possano considerare equivalenti tutti i casi sia per ciò che concerne la patogenesi, sia per quanto riguarda la prognosi. Quindi, poichè non si può dire a priori quale sarà l'ulteriore decorso delle lesioni controlaterali a versamento abbondante è raccomandabile in tutti i casi di pleurite controlaterale a versamento abbondante di istituire con la pneumotoracentesi un secondo pneumotorace, mantenendolo per poco tempo, non soltanto per mettersi al riparo da incidenti (edema polmonare) ma

sopratutto per evitare la sinfisi pleurica che potrebbe costituire un danno immediato o lontano per l'infermo.

MORELLI. — Afferma il principio che si debba eseguire sempre una pneumotoracentesi e non una semplice toracentesi, sia per evitare le aderenze e i fenomeni di edema polmonare, sia per impedire le sinfisi pleuriche con retrazioni toraco-polmonari immancabili quando si lasci riassorbire il liquido o si eviti l'introduzione dell'aria in sostituzione del liquido evacuato. Quando invece si segue la pratica della pneumotoracentesi, anche se avverranno aderenze queste avranno luogo in polmone dilatato e perciò ben funzionante.

R. MOTTA e R. BORNIOLI. — *Rapporti linfatici tra la base della lingua e la laringe. Contributo alla patogenesi della tubercolosi laringea.*

O. CERUTTI. — *Brevi considerazioni su un centinaio di radiogrammi di lesioni tubercolari croniche diffuse e persistenti nel campo polmonare sinistro con relativa integrità del polmone destro.*
Discussione: MORELLI.

Toracometria in corso di pneumotorace terapeutico.

V. AGNELLO. — Con le presenti ricerche l'O. si è proposto di rilevare le modificazioni volumetriche del torace durante la collassoterapia.

Gli esami sono stati eseguiti col compasso di spessore e col nastro antropometrico di Viola, ricercando i seguenti valori: altezza sternale; diametro traverso ed antero-posteriore toracico a livello del IV spazio intercostale sull'emiclaveare; il diametro trasverso ed antero-posteriore toracico a livello della X vertebra dorsale; i perimetri del torace all'altezza del IV spazio e della X vertebra dorsale con la lettura dei relativi emiperimetri e dell'indice di Hirtz.

I soggetti finora studiati sono complessivamente 90, di essi 20 sono stati seguiti metodicamente con esami comparativi e ripetuti sia prima dell'istituzione del pnx che durante la collassoterapia; a periodi più ravvicinati da principio, più distanziati in seguito; gli altri che possono costituire un gruppo di controllo rispetto ai precedenti, sono stati esaminati una sola volta durante il trattamento.

I risultati possono essere così brevemente riassunti:

1) Rispetto alla quantità e qualità del collasso, nei pnx a tutta altezza, totali o subtotali, si nota un aumento costante del perimetro toracico, sia a livello del IV spazio intercostale, che a livello della X v. d. che oscilla da un minimo di 1-2 cm. ad un massimo di 6-7 cm. L'aumento del perimetro totale è riferibile esclusivamente all'aumento dell'emiperimetro dell'emitorace trattato. Scarsa o nessuna modificazione si ha a carico dell'emitorace controlaterale.

I maggiori aumenti dell'emiperimetro si hanno nei casi con camera d'aria più ampia e polmone maggiormente retratto. Inoltre la maggiore tensione del pnx influenza tali modificazioni dell'emitorace nel senso di favorirne l'aumento di volume. Infatti subito dopo i rifornimenti si nota un ulteriore lieve aumento dell'emiperimetro.

Contemporaneamente all'espansione dell'emitorace trattato, ed in rapporto inverso all'ampiezza ed alla tensione del pnx, si constata una progressiva diminuzione dell'indice di Hirtz.

2) Nei pnx parziali le modificazioni toracometriche sono meno evidenti e di solito limitate alla stazione di proiezione della sacca pneumotoracica.

3) Negli idropnx, l'aumento dell'emiperimetro si nota solo a livello della camera d'aria, mentre invece a livello del liquido non si ha alcun aumento, quando non interviene una successiva retrazione, che mette meglio in evidenza il contrasto fra la parte superiore più espansa e la parte inferiore più o meno retratta.

4) Rispetto alla data d'inizio del pnx abbiamo osservato che fin dai primi rifornimenti si hanno lievi modificazioni volumetriche, modificazioni che si rendono più apprezzabili man mano che si procede avanti nella cura.

5) Le modificazioni toracometriche constatate durante la collassoterapia variano anche in rapporto all'età ed al tipo costituzionale del paziente, nel senso che i soggetti giovani ed *ad habitus* longilineo presentano una maggiore espansione dell'emitorace che non i soggetti vecchi e brachilinei con torace più o meno rigido.

Dai precedenti rilievi si può dedurre che l'istituzione del pnx porta costantemente ad uno spostamento della posizione d'equilibrio dell'emitorace trattato verso la posizione inspiratoria.

Tali risultati che concordano con le ricerche pneumografiche eseguite da Monaldi nell'Istituto Benito Mussolini confermano ancora una volta il meccanismo d'azione del pnx terapeutico secondo le vedute della Scuola Forlaniana.

MONALDI. — L'O. dice che le ricerche toracometriche confermano i risultati delle ricerche pneumografiche: gli sembra però necessario eseguire anche osservazioni negli spostamenti mediastinici, nei versamenti pleurici o nei periodi di abbandono del pnx. In questi ultimi casi potrebbero essere utili anche a scopo terapeutico.

Tratta dello spostamento della posizione di equilibrio dell'emitorace come un elemento nel meccanismo di azione nel Put., rendendosi così più difficile la risposta agli stimoli partenti dal polmone.

Circa il determinismo egli pensa che sia da attribuirsi al fatto che venendo a mancare la trazione tra i due foglietti pleurici si mettono in libertà le due forze a direzione opposta centripeta polmonare e centrifuga toraco-diaframmatica, venendo anche ad esse ridotta l'azione traente del polmone.

E. MORELLI. — Domanda all'O. se ha studiato anche il comportamento dell'altro emitorace mediante esami sistematici toracometrici, perchè probabilmente avrebbe trovato anche da questo lato una dilatazione.

Ricorda che talvolta si può avere anche un pneumotorace completo con retrazione della parete costale probabilmente per un processo di pachipleurite parietale plastica che ha trasformato l'emitorace in una corazza rigida che non si restringe nè si dilata negli atti inspiratori ed anzi tende sempre più a ritrarsi per l'azione delle cicatrici pleuriche.

Perciò non si deve esser assoluti nella affermazione, ma ammettere che un certo numero di vecchi pneumotoraci si accompagnino a retrazione anzichè a dilatazione della gabbia toracica.

BAGLIONI. — Consiglia di esaminare sempre anche le variazioni della circonferenza addominale, che possono dare utili indicazioni sulla funzionalità diaframmatica.

AGNELLO. — Ringrazia gli illustri interlocutori. Risponde al prof. Morelli d'avere riscontrato delle lievi modificazioni anche sull'emitorace controlaterale a quello trattato; così pure ha constatato in qualche caso una modica retrazione invece dell'espansione dell'emitorace ov'è il collasso. Le poche osservazioni però non gli consentono almeno fino da ora, di trarre delle illazioni conclusive.

Al prof. Baglioni risponde che pur apprezzando l'utilità delle sue osservazioni per lo studio della funzionalità diaframmatica, tuttavia fa presente che la tecnica antropometrica-clinica della Scuola costituzionalistica da lui seguita prescrive di prendere le misure su punti di repere ossei per evitare l'accentuarsi delle cause di errore personale che falserebbero i risultati.

Dott. BRUNO BESTA. — *La pressione venosa periferica bilaterale nei portatori di pnx terapeutico monolaterale.*

A. OMODEI-ZORINI.

Spedali Civili di Genova.

Presidente: Prof. DA GRADI.

Seduta del 18 maggio 1932.

Su un caso di emoglobinuria parossistica con urticaria.

Prof. AGNOLI. — L'O. espone lo studio clinico e biochimico di un caso di emoglobinuria parossistica a frigore accertato mediante la positività della reazione di Donath e Landsteiner, di Murri-Ehrlich, di Wassermann. La particolarità clinica del caso consiste nella comparsa di una eruzione urticariana a placche provocata dal freddo e precedente la scarica emoglobinurica ed albuminurica. Durante l'accesso venne constatato: aumento della pressione arteriosa, della glicemia e della calcemia, diminuzione della colesterinemia, forma leucocitaria normale. Per questo caso l'O. rigetta la patogenesi colloidoclasica dando invece maggiore importanza ai fattori biochimici attestanti un perturbato equilibrio neurovegetativo.

Trapianto tendineo in arto paralitico.

Prof. VIGNOLO. — L'O. illustra e presenta un bimbo di otto anni già affetto da paralisi completa del quadricipite crurale secondaria a poliomielite acuta: in detto caso il trattamento con trapianti tendinei ha avuto buon esito.

Prof. SEGALE. — *Breve relazione sui più importanti argomenti di chirurgia dell'esofago al recente Congresso internazionale di Madrid.* — L'O. con particolari di tecnica riferisce sul megaesofago, sui diverticoli, sulle plastiche e sui tumori dell'esofago.

L'esagerata valutazione della sintomatologia gastrica nei sofferenti di appendicite.

Prof. GERVINO. — L'O. presenta diversi casi clinici richiamando l'attenzione sulla troppa facilità con cui si consiglia l'asportazione dell'appendice nei gastropazienti.

Alla discusione che segue partecipano oltre il relatore, i proff. DA GRADI, TREVISANELLO, DURANTE, GELERA e VALLEBONA.

Il Segretario: prof. GELERA.

Ars Medica.

(San Paolo del Brasile).

Seduta del 4 marzo 1932.

Un caso di ulcera duodenale perforata.

N. STABILE. — L'O. presenta un caso di ulcera duodenale perforata nel quale era resa difficile la diagnosi per la presenza di una sintomatologia pseudo-appendicolare. Assodata la diagnosi l'O. procedette all'operazione suturando l'ulcera perforata, praticando una gastro-enterostomia posteriore e drenando in corrispondenza della fossa ileocecale. L'ammalato guarì in ventesima giornata.

Discussione: MANGINELLI parla sulle perforazioni degli organi addominali, ponendo in rilievo l'importanza dei sintomi locali per la diagnosi differenziale, e le difficoltà che spesso s'incontrano nel riuscire a metterli bene in evidenza.

Un caso di atrofia dei nervi ottici, in luetico, migliorato con la zolfoterapia.

A. BUSACCA. — L'O. dopo aver esposto come i metodi di terapia, sino ad ora in uso nell'atrofia dei nervi ottici di origine luetica, abbiano dato risultati scarsi o nulli, riferisce su di un metodo, proposto recentemente da Winkler, basato sulla zolfoterapia associata a terapia antiluetica. Secondo questo A. si consegue con il suo metodo associare alla piroterapia anche l'azione antitossica dello zolfo.

L'O. riferisce quindi su di un caso di atrofia dei nervi ottici in luetico, da lui trattato con il metodo suddetto. Per mezzo di questa terapia fu possibile ottenere un miglioramento: il visus che era di un cinquantesimo salì a quattro cinquantesimi; si ebbe allargamento del campo visivo; tornò la percezione dei colori. Potè confermare alcuni dei fenomeni già osservati da Winkler e cioè una forte iperemia della retina e del nervo ottico evidente già alcune ore dopo l'iniezione; dopo ogni iniezione notò una brusca caduta del visus che durò talvolta anche due giorni; nel paziente si resero evidenti, nella papilla, dei vasi che, anche in seguito, rimasero visibili all'ottalmoscopio.

L'O. chiama l'attenzione su questo nuovo metodo che forse potrà rappresentare una buona arma contro questa malattia fino ad oggi resistente ad ogni tentativo terapeutico.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE INFANTILE DEL BAMBIN GESÙ IN ROMA
REPARTO CHIRURGICO
Primario: Prof. A. LUIGI BONANOME

L'appendicite nella prima infanzia.

Considerazioni cliniche.

Dott. GIULIO SERAFINI, assistente.

L'importanza della appendicite nella prima infanzia specialmente in rapporto alla sua gravità, mi ha spinto a raccogliere i casi occorsi negli ultimi sette anni e mezzo nell'Ospedale Infantile del Bambin Gesù in Roma. Ho creduto di dover restringere la statistica al 6° anno poichè al disopra di questa età la sindrome appendicolare a mano a mano si avvicina alla forma dell'adulto perdendo quelle caratteristiche che la rendono così interessante nel bambino.

La statistica raccoglie i casi óccorsi dal 1924 al 30 giugno del 1931 con 46 casi, poca cosa se si pensa che lo stesso numero di bambini fu operato in un anno (1927) nel Royal Alexandra Hospital di Sidney. Certo la scarsezza dei casi non si deve attribuire alla rarità dell'affezione in rapporto ad altri paesi ma a molti fattori fra cui il principale è la distribuzione dei piccoli malati tra i vari Ospedali e Pronti Soccorsi, cosicchè se si potessero riunire i casi occorsi in tutti gli Ospedali di Roma si vedrebbe la statistica aumentare di molto. Pur tuttavia l'appendicite rimane una malattia rara della prima infanzia, e da ciò non dissentono i vari autori che si sono interessati dell'argomento.

A me sembra però che non si possa sicuramente parlare di rarità dell'appendicite ma solo di rarità della forma distruttiva dell'appendicite. Infatti sulle 47 appendiciti della mia statistica 38 furono operate in periodo acuto, di queste non una si trovava nello stadio di appendicite semplice, ma tutte in stadio distruttivo più o meno avanzato e ciò in forme operate anche nelle prime ore. Da questo si può dedurre che la forma semplice solo eccezionalmente viene diagnosticata poichè in genere passa sotto il nome di colica addominale.

Del resto, perchè quest'organo così facilmente soggetto ad infiammazione (50 % degli uomini secondo Aschoff) non dovrebbe ammalare più frequentemente nella prima infanzia? Istologicamente non è uguale a quello del giovane in cui l'affezione è così frequente? Anzi esso è più ricco di follicoli linfatici che, se da un lato lo difendono più strenuamente facendo sì che molto spesso l'affezione guarisca, dall'altro una volta distrutti più facilmente ne aggravano l'alterazione. Certamente con ciò non voglio dire che l'appendicite nei bambini sia ugualmente o più frequente che negli adulti. Penso solo che il primo decennio di vita serva a preparare in quest'organo molte di quelle cause predisponenti, oggi da tutti ammesse che serviranno poi unite alle determinanti a far scoppiare l'attacco grave nella maggiore età.

Ora in tutti quei casi in cui, sia per cause congenite (posizione abnorme, ecc.) che acquisite (pregressi attacchi) l'appendice si trovi già nella prima infanzia in condizioni di minor resistenza, essa ammalerà tanto facilmente come nell'età adulta.

Questa supposizione è avvalorata da dati statistici: infatti nel 50 % dei casi da me raccolti, l'appendice si trovava in posizione retrocecale, mentre nel 25 % essa presentava segni indubbi di pregressi attacchi; cifre quasi uguali portano anche altri autori. La Forgue trovò la posizione retrocecale nel 29 %. Vallée nel 40 %, e Gary nel 45 %. Quest'ultimo Autore pensa che la detta posizione che l'appendice viene ad assumere, dipenda direttamente dall'infiammazione, essendo questa posizione molto più comune nelle statistiche chirurgiche che in quelle anatomiche, e ciò col meccanismo che Marion ha cercato di spiegare, ammettendo che il cieco si distenderebbe per il meteorismo ed abbassandosi verrebbe a mettersi avanti all'appendice, tenuta in posto dal suo cordone vascolare o da aderenze già formate; nuovi essudati infiammatori potrebbero poi bloccare l'appendice in questa posizione.

Io stimo invece che la posizione retrocecale non dipenda direttamente dall'infiammazione, ma che l'infiammazione più facilmente attecchisca su di un organo che per la sua anormale posizione si trovi in stato di minor resistenza. Infatti se la supposizione di Marion fosse vera anche nell'adulto si dovrebbe trovare almeno un ugual numero di appendici retrocecali, mentre invece la percentuale è molto inferiore. Inoltre perchè l'appendice organo mobile per eccellenza non dovrebbe seguire il cieco a cui essa è appesa nei suoi movimenti?!

Non v'è dubbio che la posizione abnorme

dell'appendice abbia una grande influenza sulla precocità dell'attacco. Nella mia statistica rari sono i casi in cui l'appendice fu trovata in posizioni normali ed anche quando lo era presentava sempre qualche anomalia nella sua struttura. Spesso ho riscontrato delle appendici molto lunghe che discendevano fino in fondo al piccolo bacino risalendo poi sulla vescica o sul retto, altre volte seguendo lo spazio parietocolico destro venivano a raggiungere il fegato. In un caso l'appendice era sottosierosa e retrocecale cosicchè fu d'uopo aprire lo spazio parietocolico ed asportare l'appendice perforata. In un poppante di 23 giorni l'appendice perforata fu riscontrata in un sacco erniario occupante l'emiscroto destro, il bambino era stato inviato all'ospedale con diagnosi di ernia strozzata.

Da queste considerazioni si può dedurre che l'appendicite nella prima infanzia non ha ragione di essere più rara che nell'età adulta, poichè la sua struttura, se si eccettui un numero maggiore di follicoli linfatici, è la medesima; si può però ammettere che date le maggiori resistenze dell'organismo la maggior quantità di tessuto linfatico è principalmente l'integrità dell'appendice; moltissimi casi risolvono e servono solo a preparare il terreno per altri attacchi. Lo stadio distruttivo sarebbe invece raggiunto solo raramente ed in quei casi in cui già nella prima infanzia si verifichino quelle condizioni per le quali l'infezione più facilmente potrebbe attecchire: condizioni, come ho già detto, sia congenite (anormalità della posizione e della forma) che acquisite (aderenze, briglie, stenosi, ecc.).

Dai risultati della statistica, il sesso non sembra avere soverchia importanza. La percentuale delle femmine e dei maschi è quasi la stessa.

Importante sembra invece l'età. Certo dato l'esiguo numero dei casi non penso che i dati siano molto probativi, ma lo stesso comportamento ho notato in statistiche più numerose. La frequenza dell'appendicite aumenta coll'età in modo indubbio.

Età	N. dei casi	Percentuale
sotto ad un anno	1	2,17 %
un anno	2	4,35 %
due anni	2	4,35 %
tre anni	5	10,86 %
quattro anni	4	8,70 %
cinque anni	12	26,00 %
sei anni	20	43,50 %

Nei casi operati in periodo acuto una sola volta fu possibile individualizzare nell'anamnesi un attacco simile avvenuto un anno prima e risolto medicalmente; in tutti gli altri casi la storia tace su pregresse coliche appendicolari, spesso però le mamme raccontano che i propri bambini andavano soggetti a dolori addominali che in genere scomparivano in seguito a somministrazione di un purgante, all'infuori di qualunque consiglio medico. Ma se facciamo un confronto fra il silenzio anamnestico ed il reperto operatorio vediamo quanto spesso attacchi appendicolari siano passati completamente sotto silenzio e come solo all'operazione ci si sia trovati di fronte a segni indubbi di una vecchia infiammazione.

In un sol caso si trovò nell'anamnesi un'angina follicolare in tempo utile per potersi collegare con l'appendicite. Percentuale invero minima se si mette in confronto con altre statistiche. Ma non voglio qui entrare nel labirinto patogenetico dell'appendicite, certo che desumendo dalla mia statistica si propenderebbe più per la teoria enterogena che per quella ematogena.

L'inizio dell'appendicite mostra una quasi perfetta uniformità dei suoi sintomi a giudicare dai casi in esame. Febbre, vomito, stipsi vengono riportati dai genitori come sintomi quasi costanti. Il vomito iniziale, spesso ripetentesi dopo ingestione di cibi, la febbre che sale gradatamente fino a 39, 39,5. La stipsi fino alla completa chiusura dell'alvo. Solo eccezionalmente il vomito iniziale mancava; in un caso la malattia iniziò con diarrea che cessò in seconda giornata per lasciar posto alla stipsi. Il dolore è il sintomo capitale c'è sempre, e le mamme in questo sono maestre nel saperlo scoprire anche nei bambini più piccoli. Quasi sempre tutti questi sintomi si presentarono al completo e con carattere progressivo; solo in un caso si ebbe una remissione in 3ª giornata di circa 12 ore.

Data la chiarezza e l'uniformità dei sintomi del periodo iniziale sembra strano come troppe volte si giunga all'operazione solo dopo parecchie ore, quando le probabilità di guarigione sono oltremodo scarse. Se noi esaminiamo il seguente quadro riassuntivo vediamo quanto spesso il tempo tra l'inizio dei sintomi e l'ingresso all'ospedale sia stato lungo, sebbene tutto fin dall'inizio parlasse per un'affezione dell'appendice vermiforme.

N. dei casi	Ore intercorse tra inizio dei sintomi e l'operazione
1	3
1	6
1	12
16	24
12	36
3	48
1	60
1	72

Quali sono dunque i fattori che ritardano l'unica speranza di salvezza? l'operazione.

Mancato intervento medico o mancata diagnosi?

Nei tre anni trascorsi come assistente chirurgo nell'Ospedale Infantile del Bambin Gesù ho constatato che quasi sempre il medico era stato chiamato solo pochi momenti prima e non aveva potuto che constatare una peritonite ed inviare d'urgenza il malato all'ospedale. Quindi è errato dire che la diagnosi precoce di appendicite nei bambini è difficile, bisognerebbe correggere dicendo che la diagnosi raramente si fa in tempo utile perchè il medico non viene chiamato altro che quando lo stato è gravissimo. A chi allora la colpa? Purtroppo spessissimo è dei genitori: il terrore dell'Ospedale, la pigrizia nel chiamare il medico sono le cause prima di tanti disastri. E la madre che da sola pensando si tratti della solita indigestione somministra con le sue mani il veleno al proprio bambino sotto forma di olio di ricino. Per avere un'idea di quello che può portare la somministrazione di una purga nel periodo iniziale dell'appendicite basta confrontare le seguenti cifre:

Su 38 casi operati in periodo acuto in 13 fu somministrato un purgante ed in 7 si ebbe l'esito letale.

Si dice che l'appendicite nel bambino bruci le tappe, infatti sembra che tra inizio dei sintomi e perforazione non si abbia una regola fissa e neppure approssimativa. Mentre negli adulti eccezionalmente si ha la perforazione nelle prime 24 ore nei bambini questo è quasi costante. Basta dare uno sguardo alla seguente tabella per vedere come già in sesta ora si possa avere la perforazione e consecutiva peritonite.

Molte ipotesi sono state emesse per spiegare il decorso tumultuoso dell'affezione. Analizzando bene i fatti io credo che in complesso non ci sia gran differenza con quello che avviene negli adulti. Infatti alla facilità della perforazione si potrebbe obbiettare che non conoscendosi la proporzione fra i colpiti d'appendicite e i perforati, e ciò perchè, come ho già detto, molte coliche appendicolari leggere passano inosservate nei bambini, la statistica formulata non rileva la realtà come negli adulti in cui risultano la maggior parte dei casi anche leggerissimi.

Quanto alla precocità, data la difficoltà di sorprendere i primi sintomi del male, non si può mai essere sicuri del tempo che intercorre tra l'inizio della malattia e la perforazione, così spesso ci si trova avanti a casi di

N.	Tempo tra l'inizio dei sintomi e operazione	Reperto operatorio	Esito
1	Ore 48	Appendicite flemmonosa peritonite diffusa	Morto
2	» 24	Appendicite perforata; peritonite diffusa	Morto
3	» 72	Peritonite diffusa, si drena senza asportare l'appendice	Morto
4	» 36	Id.	Guarito
5	» 36	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
6	» 36	Appendice flemmonosa	Guarito
7	» 36	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
8	» 24	Id.	Guarito
9	» 24	Id.	Guarito
10	» 24	Appendice flemmonosa; peritonite sieropurulenta localizzata	Guarito
11	» 24	Appendicite flemmonosa; peritonite purulenta diffusa	Morto
12	» 48	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
13	» 24	Appendice perforata; in sacco erniario; peritonite localizzata	Guarito
14	» 24	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
15	» 36	Id.	Morto
16	» 24	Appendicite flemmonosa; ascesso della fossa iliaca destra	Guarito
17	» 36	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
18	» 24	Id.	Morto
19	» 36	Id.	Morto
20	» 24	Appendice sottosierosa retrocecale perforata, liquido torbido nel peritoneo	Guarito
21	» 12	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
22	» 24	Appendice flemmonosa; peritonite circoscritta	Guarito
23	» 36	Appendice flemmonosa	Guarito
24	» 60	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto

N.	Tempo tra l'inizio dei sintomi e operazione	Reperto operatorio	Esito
25	» 24	Appendice perforata; peritonite localizzata	Guarito
26	» 36	Appendice perforata; peritonite diffusa	Morto
27	» 36	Appendice flemmonosa	Guarito
28	» 36	Id.	Guarito
29	» 36	Appendice perforata; peritonite diffusa	Guarito
30	» 3	Appendice flemmonosa	Guarito
31	» 96	Appendice flemmonosa; ascesso della fossa iliaca	Guarito
32	» 6	Appendice perforata; peritonite diffusa	Guarito
33	» 48	Id.	Guarito
34	» 12	Id.	Guarito
35	» 24	Id.	Morto
36	» 48	Id.	Guarito
37	» 24	Id.	Morto
38	» 84	Appendice iperemica	Guarito

appendiciti perforatesi in poche ore (casi 30, 34), mentre forse i primi sintomi risalivano a tempo maggiore. Da tutto ciò una sola deduzione: operare sempre nelle primissime ore, non attendere i segni certi che spesso non si presentano, non tergiversare in attesa di un miglioramento o di un aggravarsi dei sintomi, operare anche in caso di dubbio, meglio togliere un appendice sana che operare un cadavere vivente.

Non bisogna troppo illudersi sulla potenzialità di difesa del peritoneo, infatti è raro trovare degli ascessi peri appendicolari ben circoscritti, in genere il pus si trova libero in mezzo ad anse meteoriche ed iperemiche con tendenza a formare grossi ascessi che non hanno però limiti ben netti e quindi quasi sempre sono invadenti.

Ciò che è veramente importante è il modo subdolo con cui si manifesta la peritonite; non c'è un periodo di transizione tra il quadro della banale colica appendicolare e quello della peritonite grave. In genere, la sindrome si manifesta improvvisa, spesso dopo un purgante, gli occhi si incavano, il naso diviene freddo ed affilato, l'alvo si chiude completamente, la difesa si generalizza, il polso diviene piccolo e fuggente. È lo stato generale più che i sintomi locali che impressiona ed infatti solo allora si pensa a qualche cosa di veramente grave ma in genere è troppo tardi.

Su 38 appendiciti operate in periodo acuto 25 si trovavano in stadio di peritonite generalizzata, di queste si ebbero solo otto guarigioni, il resto soccombè alla peritonite con una percentuale del 68 %. Nei casi operati nello stadio flemmonoso con o senza peritonite siero purulenta localizzata si ebbe sempre la guarigione. Nei casi operati in periodo acuto si ebbe così una mortalità globale 44,7 %, cifra veramente impressionante se si operate a freddo sono abbastanza rare. Infatti pensa che nei piccoli bambini le appendiciti in soli sei casi fu creduto bene attendere. Si trattava quasi sempre di malati entrati all'ospedale con diagnosi di ascesso appendicolare ed in cui il decorso e l'esame clinico facevano pensare a forme ben circoscritte; in questi casi si ebbe un solo morto per bronco polmonite in 22ª giornata. È interessante notare come nei casi operati a freddo si trattava sempre di bambini nel sesto anno di vita; e questo si potrebbe spiegare con la maggior potenzialità di difesa del peritoneo col crescere degli anni o meglio con la minor virulenza dei germi.

La statistica riporta due sole appendiciti croniche operate in seguito a disturbi vari in cui l'operazione confermò la diagnosi.

Da queste cifre si può concludere in un sol modo: Diagnosi precoce. Operazione d'urgenza.

Si deve operare sempre anche avanti ad una peritonite diffusa con stato generale gravissimo? Le cifre suesposte non ci spingerebbero troppo, pur tuttavia io credo che sia dovere del chirurgo di tentare sebbene le possibilità di guarigione siano minime. Si cercherà in tutti i casi di essere cauti nell'esplorazione e di manipolare le anse il meno possibile, e nel caso l'asportazione dell'appendice fosse troppo indaginosa meglio zaffare intorno al cieco senza toglierla (nel caso n. 4 si ebbe esito favorevole).

Per finire un'ultima considerazione.

Quale è la causa della mortalità così alta?

Una sola, il credere che l'appendicite nei bambini sia un'affezione rarissima e che quindi avanti ad una sindrome addominale si debba pensare solo come ultima cosa a questa malattia. Se al contrario il criterio fosse quello che ci guida per gli adulti, e cioè di ricercare sempre e per prima cosa in qualunque

sindrome addominale i segni di un'infiammazione dell'appendice, molte catastrofi potrebbero essere certamente evitate.

RIASSUNTO.

L'A. considera 46 casi di appendicite della prima infanzia sia dal lato clinico che sociale concludendo per l'operazione precocissima anche in caso di diagnosi dubbia.

CASISTICA E TERAPIA.

Sui fenomeni vertiginosi e la loro terapia nella pratica neurologica.

B. Wichmann (*Münch. Med. Woch.*, 4, 1932) elenca le principali cause di vertigini: quelle da turbato circolo cerebrale, per anemia, come nell'arteriosclerosi o nella insufficienza cardiaca, o per iperemia, come negli sforzi fisici, quelle da alterato equilibrio neurovegetativo, come negli stati di debolezza, nelle malattie dell'apparato digerente, ecc., quelle da malattie del labirinto; quelle da lesioni del sistema nervoso centrale, in primo luogo i tumori del cervello e tutti gli altri stati d'ipertensione del liquor.

La terapia sintomatica delle vertigini di origine nervosa, attuata con gli analgesici, i sedativi, i tossici, non riesce molto efficace; particolarmente utile riesce invece l'iniezione endovenosa di soluzioni ipertoniche di NaCl, che, per un semplice meccanismo di equilibrio osmotico tra sangue e liquor, determinano una notevole diminuzione della ipertensione di quest'ultimo.

Molto utile si è rivelato anche l'uso del Monotréan, composto di chinino e papaverina, già raccomandato da altri autori (una compressa 3 volte al giorno).

Una breve statistica conferma la grande efficacia « antivertiginosa » di questo preparato.

V. SERRA.

Il vomito acetonemico negli adulti con psicosi ed il suo significato.

Il vomito acetonemico, finora osservato soltanto in bambini, è stato riscontrato con le stesse caratteristiche anche in adulti. K. Küppers (*Münch. med. Wochens.*, 17 aprile 1931) in un manicomio femminile ne ha osservato 8 casi, di cui 2 su 125 epilettiche e 6 su 142 schizofreniche. Nessun caso in altre forme.

Anche in questi casi, il consueto trattamento usato nell'infanzia ha dato buoni risultati: somministrazione di abbondanti quantità di alcalini e di idrati di carbonio (glucosio per iniezione endovenosa, bicarbonato di sodio — 30 g. per clistere) seguìta da cura di avena secondo v. Noorden.

Il vomito acetonemico si osserva nelle costituzioni infantili (a cui appartengono appunto l'epilessia e la schizofrenia) e sarebbe un segno di infantilismo. Sarebbe altresì interessante il vedere se i così detti bambini neuropatici con vomiti acetonemici diventano più tardi epilettici o schizofrenici.

È un lavoro per cui occorrerebbe la collaborazione del pediatra e dello psichiatra.

fil.

Eruzione erpetica accompagnante regolarmente le crisi gastriche tabetiche.

Laignel-Lavastine e Boquien riferiscono (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n. 3 1932) di un caso in cui regolarmente al momento delle crisi gastriche tabetiche, in una donna di 31 anni, si osservava un'eruzione di erpete labialis. Gli AA. spiegano questa concomitanza coll'ipotesi di Levaditi cioè che la localizzazione ectodermica del virus neurotropo dell'erpete e zona sia condizionata ad una momentanea caduta del « tono immunotrofico » dei metameri del sistema nervoso. In quel caso l'erpete sarebbe in rapporto alle turbe trofiche e umorali create dalla crisi tabetica. Gli AA. ricordano pure la frequenza ciclica degli erpeti mestruali.

CORELLI.

Il trattamento degli stati deliranti.

Le cause più frequenti ne sono: arteriosclerosi cerebrale, malattie renali, malattie infettive (tifoide, polmonite, meningite), intossicazioni (alcool), gravi traumi cranici, infezioni settiche.

Il trattamento etiologico varierà naturalmente secondo la causa, su quello sintomatico; dà alcune indicazioni H. Krisch (*Fort. der Therapie*, 25 gennaio 1932).

Difficile è il trattamento dell'inquietudine motoria nei riparti non psichiatrici. Si applicheranno al letto delle pareti imbottite, facendo eventualmente uso di un'amaca. Della camicia di forza, si tende generalmente ad abusare. Utile è l'applicazione alle mani di manopole chiuse.

Nelle malattie febbrili, una buona indicazione è quella di abbassare la temperatura, con tutti i mezzi, non esclusi i bagni freschi.

Poichè l'agitazione motoria consuma di molto le forze dell'individuo, si curerà una buona nutrizione liquida; eventualmente si useranno delle soluzioni ipertoniche di glucosio. Particolare attenzione si rivolgerà all'attività cardiaca, somministrando fin dal principio a scopo profilattico i noti cardiotonici, specialmente quando si tratta di stati deliranti a carattere psicomotorio ipercinetico, in cui si può avere la morte improvvisa.

Come rimedio sintomatico, è raccomandabile il luminal, che ha azione energica e pronta. Si deve tener presente che vi sono individui molto sensibili a tale rimedio ed abbassarne quindi le dosi quando si osservi un esantema rossiccio sporco. Con le dosi elevate

di luminal (in media oltre 30 cg.) si aumenta il torpore cerebrale; tale rimedio verrà pertanto usato soltanto nella violenta eccitazione motoria. Se poi questa è fortissima, in modo da rendere assai difficile l'assistenza al malato, si ricorrerà alla scopolamina, che però dai non psichiatri viene usata a dosi troppo piccole. Se si vogliono ottenere degli effetti sicuri in adulti maschi, si dovrà iniettare in una volta per via sottocutanea un milligrammo. La dose massima sarà di 1 mg. 3 volte al giorno (che nei riparti psichiatrici viene senza timore sorpassata). L'azione della scopolamina può venire rinforzata con l'aggiunta di un cg. di morfina, purchè non sia leso il centro respiratorio. Si deve però andar cauti con la morfina, perchè in questi malati si ha tendenza alla ritenzione di urina. La scopolamina non ha azione sfavorevole sul cuore.

Nei gravi stati deliranti, si rende necessario l'internamento in un riparto psichiatrico, dove il malato trova un'adatta assistenza. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Lipoidolisi e tumori.

Dopo una rapida esposizione delle moderne vedute sul metabolismo dei lipoidi nella cellula neoplastica Rondoni (*Minerva Medica*, numero 8, 1931) riferisce il risultato di numerose e varie ricerche sperimentali intese a mettere in evidenza i rapporti fra agenti lipolitici e fenomeni proliferativi e cancerizzazione.

Fin dal 1926 l'A. provò il trattamento con lipoidi (estratti alcoolici) di organi di coniglio e siero di maiale in conigli sottoposti a spennellature di catrame sull'orecchio constatando che le caratteristiche neoformazioni fibroepiteliali erano meno sviluppate che nei controlli. Anche per l'adenocarcinoma del topolino (ceppo di Ehrlich) ha notato che il trattamento con le miscele di lipoidi e siero di maiale riduce la velocità di crescita del tumore. Fra i lipoidi la lecitina, non solubile in acetone, ha dimostrato la più netta azione inibitrice. La colesterina è una vera sostanza attivatrice della crescita del tumore: se tale sostanza però viene inattivata mediante legame in vivo a una saponina (digitonina) si ha riduzione della velocità di sviluppo della neoplasia. Il rallentamento è ancora più marcato iniettando alternativamente lecitina (con siero) e digitonina.

Anche recenti osservazioni di altri AA. (Magath, ecc.) rafforzano l'idea che un turbamento del metabolismo lipoideo sia nella cancrogenesi importante e forse decisivo.

GIACOBBE.

Intorno all'azione testicolare sul processo di cicatrizzazione.

S. Gussio e S. Gibilisco (*Archivio it. di chir.*, dicembre 1931) hanno istituito delle esperienze su cani e cavie per indagare l'eventuale azione cicatrizzante esercitata dal testicolo eterogeneo nei confronti del testicolo omogeneo del tessuto muscolare eterogeneo. In base ai risultati ottenuti il testicolo eterogeneo in applicazione locale ritarderebbe il processo di cicatrizzazione mentre questo viene beneficamente influenzato dall'applicazione locale di testicolo omogeneo.

Anche il muscolo eterogeneo per via locale ritarderebbe il processo di cicatrizzazione, mentre riuscirebbe cicatrizio protettore una volta distrutto a 65° per 10 minuti il suo ormone inibitore che è termolabile.

Il testicolo omogeneo ed eterogeneo o i loro derivati (orchitasi ecc.) adoperati per via generale riescono inefficaci completamente.

L'azione cicatrizzante del testicolo omogeneo per via locale è da riferirsi piuttosto all'azione del suo trefone anzichè a quella dell'ormone come studi precedenti hanno dimostrato.

ALIERI.

VARIA.

Il rumore.

È difficile valutare gli effetti dei rumori sul corpo umano. Le conseguenze degli eccessivi rumori prodotti dal traffico stradale, dalle radio, dalle fabbriche, ecc., sono diminuita efficienza al lavoro, aumentata irritabilità e qualche volta anche vere e proprie neurosi.

I rumori improvvisi provocano aumento di frequenza del cuore e del respiro ed aumento della pressione sanguigna tanto nell'uomo che negli animali. Il lavoro mentale è certamente ostacolato dai rumori. I rumori provocano anche tensione muscolare.

La Commissione per lo studio dei rumori nella città di New York ha proceduto alla misurazione strumentale dei rumori cittadini ed ha potuto stabilire che ci sono delle zone in cui i rumori sono così forti che una tigre del Bengala potrebbe ruggire senza essere intesa a 20 piedi di distanza.

Su 11.068 lagnanze per rumori il 53 % riguardava il traffico automobilistico e il trasporto su rotaie.

In Inghilterra il problema dei rumori è stato studiato a lungo, Lì la sorgente più importante di rumori è costituita dai macchinari dell'industria tessile. Fin dal 1917 in Inghilterra c'è una giornata nazionale di eliminazione della fatica che fu istituita per attirare l'attenzione sui danni prodotti dai rumori.

Negli Stati Uniti fu creato un comitato di ingegneri per studiare la diminuzione dei rumori, perchè se con alcune restrizioni legali questi si possono ridurre, solo ricerche metodiche possono giungere ad eliminarli.

(*The Journ. of the A. M. A.*, 16 genn. 1932).

R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'opera della Sanità Pubblica e le condizioni igienico-sanitarie del Regno nel 1930.

Nei due ben nutriti volumi della Relazione presentata al Consiglio superiore di Sanità (1) troviamo riassunta l'opera sagace e benefica della Direzione generale di Sanità pubblica e rispecchiate le condizioni sanitarie del nostro Paese.

Confortante è il rilevare le basse cifre della mortalità generale, discesa al 13,7 ‰. Tale dato costituisce l'indice più sicuro e sensibile dello stato sanitario e, senza dubbio, è notevolmente influenzato dalla diminuzione specifica per malattie infettive. Queste gravano ora soltanto per un ottavo sulla mortalità generale, determinando così un beneficio che può valutarsi del 63 % in confronto del 1889.

Motivo di soddisfazione è pure il rilievo della assenza completa o quasi, da circa un decennio, del *vaiuolo*, malgrado la grande e diffusa epidemia che si ha in altri Stati d'Europa. Episodi epidemici non gravi e, ad ogni modo, prontamente debellati, si ebbero per tifoide, morbillo, scarlattina, difterite. Importanti sono le disposizioni emanate sui trattamenti immunizzanti contro la tifoide e la difterite e gli studi compiuti sulla vaccinazione antiscarlattinosa, che non hanno ancora dato risultati tali da consentire un fondato giudizio sulla questione.

Per quanto riguarda le *malattie a carattere sociale*, la Relazione osserva giustamente che i benefici veramente apprezzabili si hanno solo quando le misure di profilassi e di prevenzione sono integrate da quelle di carattere sociale, quali sono in pieno sviluppo nel nostro Paese.

Così è per la *malaria* a cui darà valido e decisivo concorso l'esecuzione progressiva del piano di bonifica integrale. Per tale malattia, si è avuta nel 1930 una recrudescenza epidemica, specialmente nel Lazio, nelle Puglie, in Basilicata, Calabrie, Sicilia, recrudescenza dovuta a parecchie cause e particolarmente all'aumento nel numero dei lavoratori nomadi per i numerosi ed importanti lavori stradali, di bonifica, ecc.

Molto notevoli nel campo pratico sono stati i risultati raggiunti nella *lotta contro la tubercolosi*, essenzialmente imperniata sulla costituzione dei Consorzi provinciali e sulla Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Notevoli somme sono state spese per l'istituzione ed il funzionamento dei dispensarî, per il ricovero e la cura dei tubercolotici negli Istituti, per le nuove costruzioni antitubercolari, ecc. Parallelamente si svolge l'azione della Cassa nazionale per le Assicurazioni sociali, che ha provveduto, nel 1930, all'assistenza di 38,033 infermi; altre istituzioni collaborano alla gigantesca lotta, come l'Esercito, la R. Marina, l'Opera di Maternità e Infanzia, ecc. Un certo impulso hanno avuto anche le vaccinazioni antitubercolari.

Nelle *malattie veneree*, si è avuta una lieve diminuzione nella sifilide ed invece un aumento progressivo nella blenorragia.

Diversi importanti provvedimenti sono stati emanati per i tumori maligni, il trauma, ecc.

Particolare attenzione ha richiamata la vigilanza ai confini, con risultati soddisfacenti.

Alla vasta e complessa opera della Direzione, hanno validamente contribuito i Laboratori scientifici centrali, sia quello batteriologico, chiamato in questione per vari episodi epidemici, sia quello chimico e quello fisico (radio), che hanno dato anche un contributo notevole di lavori scientifico-pratici.

Ma anche in altri campi si è estesa l'opera della Direzione generale di Sanità, a proposito della disciplina delle acque minerali, della vigilanza sugli stupefacenti, sull'impiego dei gas tossici, nonchè nel campo veterinario a cui fa anche campo la vigilanza sulle carni, sul latte e sui prodotti animali destinati alla pubblica alimentazione.

La relazione si occupa anche dell'Istituto di Sanità pubblica (in corso di costruzione, da inaugurarsi il 28 ottobre 1933) il quale, oltre a riunire in impianti perfetti e dotazioni modernissime i Laboratori scientifici, avrà il compito di preparare e specializzare il personale per i servizi di igiene e sanità.

Le ampie notizie statistiche e la raccolta di tutte le disposizioni emanate in materia di igiene e sanità pubblica completano questa interessante pubblicazione che testimonia la fattiva attività della Direzione generale di Sanità pubblica ed è della massima importanza per chiunque si occupi di questi problemi. *fil.*

(1) *Sui fatti e sui provvedimenti più notevoli riguardanti l'Igiene e la Sanità pubblica nell'anno 1930.* Due voll. in-4°, di pagg. 175 e 401. Ist. Poligrafico dello Stato, Roma, 1931.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Prov.* — Scad. 24 lug.; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'igiene e profilassi; L. 11.500 aumentabili a L. 13.600 dopo 3 quadrienni, oltre L. 900 serv. attivo.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Aiuti del Reparto chirurgico e aiuto del Reparto ostetrico-ginec.; scad. 31 lug.; domanda su carta libera; età mass. 35 a. al 30 mag.; classifica nei singoli esami; biennio di assistente o aiuto in Clinica chirurgica o Reparto di chirurgia di Ospedale, rispettivamente in Clinica ost.-gin. o Reparto di Maternità di Ospedale o in Scuola di Levatrici; doc. a 3 mesi dal 30 mag.; vitto, alloggio, partecipaz. proventi con garanzia di un minimo di L. egiz. 200 annue a rate mensili posticipate. Chiedere annunzio.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendio di L. 13.500, aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo di L. 3000. Compartecipazione contravvenzioni e percentuale sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Il concorso è per titoli e per esami presso Sede universitaria da comunicarsi a suo tempo. Scadenza ore diciotto del 16 luglio 1932-X. Per informazioni rivolgersi Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale.

Bergamo. *Ospedale Principessa di Piemonte.* — Scad. ore 12 del 20 lug. Aiuto per una delle Sezioni chirurgiche; L. 8500; titoli ed esame.

Brescia. *Ospedali Civili.* — Dodici assistenti medici; età lim. 28 a.; L. 4500 oltre L. 1200, guardie L. 25, oltre vitto.

Capua. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 7 sett.; direttore dello Spedale « Ferdinando Palasciano »; L. 2000.

Cavenago d'Adda (*Milano*). — Posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 11.500 soggetto alle ritenute di legge e del 12 %. Indennità trasporto di L. 1500, oppure di L. 3500, da ridursi del 12 %, a seconda del mezzo di trasporto usato. Indennità Ufficiale Sanitario di L. 700. Scadenza 31 luglio 1932. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Comune. La tassa di concorso è di L. 50,10.

Cetona (*Siena*). — A tutto 31 ag., per Piazze; L. 8500 oltre c.-v. e L. 3500 trasp., 6 quadrienni dec.; ritenute 12 %; età lim. 35 a. al 4 giu.; certificati punti speciali e di laurea; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 giu.

Civitacastellana (*Viterbo*). — Prima condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 10.560 per i primi mille poveri; oltre i mille Lire quattro per ogni povero; L. 880 quale Ufficiale Sanitario; cinque aumenti decimali per ogni quadriennio; indennità caro viveri di legge. Documenti di rito. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 luglio.

Cosenza. — Scad. 30 giu.; 2ª cond. con incarico direz. Dispensario comun.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 indennità vettura; riduz. 12 %.

Falena (*Viterbo*). — Scad. 31 lug.; L. 9280 già ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v. L. 739,20 se il titolare ne avrà diritto, L. 352 se uff. san.; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

Francavilla Fontana (*Brindisi*). — Scad. 9 lug.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 3 e L. 5 oltre 1000 e oltre 1500 pov.

Greve (*Firenze*). — Scad. 5 ag.; L. 8500 oltre L. 3000 cavalc.; età lim. 35 a.

Lentini (*Siracusa*). *Congregazione di Carità.* — Il concorso presso l'Ospedale Civile è stato sospeso fino a nuovo avviso.

Lucca. — Scad. 25 ag., 2° circond. (circa 4400 ab.); L. 8000, oltre quota mobile L. 1400 se c.-v., L. 2500 cavalc., L. 400 ambulat.; diminuz. 12 %; età lim. 35 a.

Mel (*Belluno*). — Scad. 1° sett.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2000-3500 trasp., età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Melizzano Dugenta (*Benevento*). — Scad. 29 ag.; capoluogo; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Morigerati (*Salerno*). — Scad. 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2000 cavalc., L. 500 eventuale incarico uff. san.; ritenuta 12 %.

Novara. *Ospedale Maggiore della Carità.* — Scad. 25 lug.; dirigente servizi radioelettrico-fisioterapici; L. 4000 oltre indenn. serv. att. L. 1300, quote partecipaz.; età lim. 45 a.

Oddalengo Grande (*Alessandria*). — Scad. 31 ag.; L. 7000 oltre L. 1700 cavalc., riduz. 12 %; capitolato visibile nella Segreteria com.

Osilo (*Sassari*). — Scad. 31 ag.; L. 10.500 oltre L. 2500 cavalc., c.-v., 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; 4 anni di eserc. profess.; titolo di prefer.: diploma in tisiologia.

Polesine (*Rovigo*). — Scad. 21 lug.; L. 8000, oltre serv. att. e c.-v.; trasp. L. 3000; età lim. 40 a.

Rimini (*Forlì*). *Congregazione di Carità.*

Primario medicina: direzione sanitaria; dieci anni laurea e cinque aiuto Clinica o aiuto primario; stipendio L. 13.000; servizio attivo L. 2000; direzione sanitaria L. 3000.

Aiuto chirurgo: laurea quattro anni; biennio assistentato; stipendio L. 6000; percentuali; alloggio.

Assistenti medicina e chirurgia: laurea non oltre triennio; biennio frequenza ospitaliera; stipendio L. 5000; percentuali; alloggio.

Primo farmacista: quinquennio come titolare o dipendenze Ente; stipendio L. 9500; servizio attivo L. 2500; indennità servizio notturno.

Segretario-contabile-economo Ospedale: diploma ragioniere; triennio servizio analogo; stipendio L. 10.000; servizio attivo L. 2000; stipendi e assegni ridotti 12 %. Termine 15 luglio per tutti eccettuato concorso primario (30 luglio). Per informazioni rivolgersi Segreteria Congregazione.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Aosta (Torino); Chilivani (Cagliari); Francavilla Fontana I (Taranto); Cariati II (Reggio Calabria); Gioiosa Marea (Palermo). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 luglio.

Roma. *Ministero per la Giustizia e degli Affari di Culto.* — Scad. 5 sett.; 6 medici assistenti nei Manicomi giudiziari (grado 11, gruppo A); titoli scientifici e pratici; età lim. 35 (40) a.

Rovigo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il concorso a direttore è sospeso fino a nuovo avviso.

Scansano (*Grosseto*). — A variazione del concorso al posto di Direttore-Chirurgo Primario del locale Ospedale Civile, la Congregazione di Carità, comunica: 1) La chiusura del concorso è prorogata a tutto il 15 luglio; 2) i liberi docenti possono parteciparvi anche se hanno superato i 40 anni di età; 3) saranno sempre accettati i certificati penale, di cittadinanza e di buona condotta rilasciati in data non anteriore al 1° aprile 1932.

Stroppiana (*Vercelli*). — Scad. 31 lug.; rivolgersi Segreteria com.

TARANTO. *Ospedale Civile SS. Annunziata.* — Scad. 8 lug.; specialista oculista, aiuto chirurgo, 2 aiuti medici; L. 1200 annue per lo specialista e L. 3500 per gli aiuti; età lim. rispettiv. a. 45 e a. 35; titoli ed esami; 3 quadrienni decimo; doc. a 3 mesi dall'8 giu.; chiedere annunzio.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 30 agosto 1932 è aperto il concorso al posto di primario radiologo: assegno annuo L. 7500 lorde ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuali indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili del Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

URZULEI (*Nuoro*). — Scad. 15 lug.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 se vaca il posto di levatrice, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 30 lug.; due aiuti di chirurgia, uno di medicina, sei med. chir. assistenti. Rivolgersi alla Segreteria del Pio Ente.

VILLA MINOZZO (*Reggio Em.*). — Scad. 15 lug.; L. 7040 oltre L. 2640 indenn. categoria; L. 2640 cavalc., c.-v.; età lim. 35 a.

VOLPAGO DEL MONTELLO (*Treviso*). — Condotta consorziale del Moltello; proroga a 3 mesi dal 20 mag.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio per le Giornate mediche d'Évian.

Nel settembre 1933 si terranno a Évian le « Giornate mediche » organizzate dalla Società Medica locale con il concorso della Società delle Acque di Évian-Cachat. In tale occasione questa Società ha deciso di assegnare un premio di fr. 10.000, intitolato al nome dell'idrologo dott. Chiais, da conferire all'autore del lavoro giudicato migliore sul tema: « L'importanza semiologica delle prove di diuresi provocata », allo scopo di provocare nuove ricerche su questo metodo d'indagine, sorto ad Évian praticando la « cura di diuresi ». Possono concorrere medici e studenti in medicina di qualsiasi nazionalità; è fatta eccezione solo per i medici residenti nel distretto di Évian. Le memorie saranno inedite, redatte in francese, dattiloscritte, inviate secondo le modalità consuete; vanno indirizzate alla sede sociale, rue de Londres 15, Paris (IXe).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con deliberazione in data 28 maggio u. s. S. E. Renato Ricci, Sottosegretario di Stato per l'Educazione Fisica, ha chiamato il prof. Francesco Valagussa a far parte della direzione e della Consulenza generale sulla vigilanza e sul controllo sanitario degli organizzati dell'Opera Balilla.

Esprimiamo al prof. Valagussa tutto il nostro più cordiale compiacimento.

Il prof. Ludwig Aschoff, di patologia all'Università di Friburgo i. Br., è nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Amsterdam.

Il prof. Angel Gallardo è nominato rettore dell'Università di Buenos Aires.

NOTIZIE DIVERSE.

Il dottorato " honoris causa ,, al prof. Alessandri.

Il 15 del corrente giugno ha avuto luogo a Glasgow, nella cappella della Università eretta a commemorazione dei morti nella guerra, la cerimonia del conferimento della laurea *ad honorem* che si è appunto iniziata con un servizio religioso, e poi nell'aula magna con grande solennità e seguendo dei riti tradizionali fedelmente mantenuti dall'antico cerimoniale; il conferimento riguarda la laurea in legge (LL. D.): questa è l'onorificenza che si assegna anche a studiosi che appartengono ad altre Facoltà.

Otto sono state le lauree *ad honorem*, di cui una ad un francese, una ad un americano, quattro ad inglesi, una ad uno scandinavo, ed una al prof. Alessandri.

Nel discorso che il decano pronunziò in elogio di ciascun candidato sono state rivolte parole assai lusinghiere all'Italia in genere e a Roma in specie; venne ricordato Francesco Durante, che pure ebbe la stessa laurea *ad honorem* in legge ad Edimburgo, e venne descritto il frontone della Clinica Chirurgica al Policlinico, dove è rappresentato Lister che espone il suo metodo antisettico che appunto a Glasgow, nella vecchia Royal Infirmary, ebbe il suo inizio e la sua prima applicazione e portò poi alla grande rivoluzione in chirurgia.

Vennero poi rilevati i meriti del clinico chirurgo di Roma, ricordando i notevoli contributi suoi nel campo della chirurgia e dell'urologia, e la fervida operosità dell'Istituto da lui diretto.

Per gli orfani dei Medici morti in guerra.

Si è tenuta in Roma, sotto la presidenza del tenente generale medico Della Valle, la seduta annuale del Comitato nazionale d'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra, con l'intervento dell'on. prof. E. Morelli per il Sindacato nazionale dei medici, del sen. prof. Simonetta per l'Opera nazionale di assistenza agli orfani dei sanitari italiani, dei rappresentanti della Direzione generale di Sanità, dei Ministeri della Guerra, della Marina, della Areonautica ecc. Il segretario generale prof. Bocchetti espose in lucida relazione quanto è stato fatto nell'anno decorso per gli orfani assistiti, tracciando quanto resta a farsi per essi fino a tutto il 1942. Questa relazione e quella amministrativa, da cui risulta l'entità dello sforzo fatto e la accuratezza della gestione, vennero approvate con plauso da tutti i presenti; in particolare l'on. Morelli espresse il completo consenso del Sindacato dei Medici, che influirà affinchè tutti gli Ordini compiano il proprio dovere, essendo risultato che qualcuno di essi non lo ha ancora fatto in rapporto agli orfani in parola.

Vennero pure approvate le varie iniziative (medaglie di benemerenza, libri di scienza italiana messi in vendita pro orfani, ecc.) del prof. P. Piccinini, che, seduta stante, versò lire settemila di recente incasso effettuato mediante tali iniziative, che avranno ulteriore sviluppo.

Su proposta del prof. Bocchetti, del quale venne encomiata l'opera fattiva e continua, si approvò che venga attuata, per tutti i medici d'Italia, una speciale edizione, artisticamente illustrata, del discorso del Duce ai medici italiani; e che sia chiamato a far parte del Comitato di assistenza agli orfani dei medici morti in guerra il comm. dott. Cesari, dell'Opera nazionale orfani di guerra.

La giornata della Croce Rossa Italiana.

La 4ª giornata della Croce Rossa ha ottenuto un ottimo successo: il popolo italiano ha risposto ancora una volta con entusiasmo e generosità all'invito rivoltogli.

Dalle notizie giunte dalle principali città d'Italia con le più lusinghiere notizie sull'esito della manifestazione, risulta l'imponente successo dell'iniziativa. Come era prevedibile data la perfetta e completa organizzazione, l'esito della 4ª giornata della C. R. è stato dei più brillanti e dimostra con quanta simpatia il popolo italiano segua ed apprezzi l'opera della grande e benefica Associazione.

Notiamo in particolare che a Roma, nel cortile del Quirinale, messo a disposizione dall'Augusta Sovrana, è stato un continuo pellegrinaggio di popolo e ben presto l'album appositamente disposto è stato ricoperto di firme.

Iniziativa della Croce Rossa Italiana in favore delle Opere di difesa sociale.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, il quale ha riferito sullo svolgimento delle attività dell'Associazione.

Il sen. Cremonesi ha anche presentato al Capo del Governo un progetto per una Lotteria Nazionale annuale, a beneficio delle Opere Assistenziali del Regime, dell'Opera Nazionale Balilla, dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia e della Croce Rossa Italiana.

Tale Lotteria differisce profondamente dai soliti sistemi in uso ed è congegnata in modo che con un minimo sacrificio individuale sarà possibile dare un nuovo impulso alle nostre massime opere assistenziali e creare nuove fortune, che saranno proporzionatamente distribuite per provincia ed alle quali concorreranno, senza privilegi di sorta, tutte le classi sociali, dalle più modeste alle più elevate.

Il Capo del Governo si è reso conto della singolarità dell'iniziativa, che ha approvato, ed ha dato disposizioni per lo studio delle modalità di attuazione della Lotteria.

La festa della Sanità Militare.

Il Corpo Sanitario Militare ha, come di consueto, solennizzato in tutta Italia la prima domenica di giugno, ricorrenza dello Statuto. Furono tenute riunioni e discorsi i quali documentarono e lumeggiarono le benemerenze del Corpo.

Convegno nazionale dei delegati dell'Opera Maternità e Infanzia.

Al Campidoglio ha avuto luogo la riunione dei delegati provinciali dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia; vi hanno partecipato i 92 rappresentanti dell'Opera nelle provincie; vi ha assistito il vice segretario del Partito, prof. Arturo Marpicati.

Il R. Commissario dell'Opera, avv. Fabbri, ha esposto le nuove direttive recentemente emanate. Alla discussione hanno partecipato numerosi delegati; ha occupato una parte della seduta antimeridiana e l'intera seduta pomeridiana; sono state affrontate numerose questioni di carattere generale.

I delegati provinciali sono stati ricevuti dal Duce.

Congresso nazionale per il progresso delle Scienze.

S. E. il Capo del Governo ha ricevuto l'Ufficio di Presidenza del Comitato ordinatore della XXI riunione della Società italiana per il progresso delle scienze, presenti S. E. Parravano, l'on. Blanc, il sen. Simonetta, l'on. De Francisci ed il segretario gen. prof. Visco.

Il Congresso si terrà il 9 ottobre e ss. nella Capitale e sarà dotato, da parte di S. E. il Capo del Governo, di 25 premi di lire 1000 ciascuno per i giovani studiosi che presenteranno una tesi e la sosterranno oralmente in pieno Congresso.

Congresso nazionale di chimica.

Si è svolto a Roma nei giorni 6-8 giugno; vi furono fatte varie comunicazioni interessanti la medicina; ne segnaliamo una del prof. C. Serono su « I prodotti opoterapici ».

Seguì una visita agli stabilimenti industriali dell'Abruzzo (Avezzano, Bussi, Pescara).

Congresso francese di oftalmologia.

La Società francese d'oftalmologia celebrerà in quest'anno il 50° anniversario della sua fondazione. In tale ricorrenza il congresso annuale è stato, eccezionalmente, spostato, portandolo al mese di luglio: esso avrà luogo dal 18 al 21 di questo mese. Si preparano ricevimenti ed un banchetto. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. René Onfray, avenue de la Motte Picquet 6, Paris (VIIe).

Per l'assetto edilizio dell'Università di Roma.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica la legge che approva e rende esecutiva la convenzione per l'assetto edilizio dell'Università di Roma, di cui abbiamo già dato notizia.

Cattedre vacanti alla Facoltà medica di Vienna.

Si sono rese vacanti varie cattedre importanti alla Facoltà medica di Vienna e bisognerà occuparle prima che inizi il nuovo semestre invernale.

Sono: la cattedra di clinica medica (poichè il prof. Chvostek ha rassegnato le dimissioni), quella di clinica chirurgica, quella di clinica ostetrico-ginecologica (per quest'ultima era già stato designato il prof. Halban; ma un intrigo religioso e politico gli ha precluso il posto).

Si vorrebbe anche provvedere per un successore degno di Holzknecht (veramente l'insigne radiologo lavorava in un « Istituto Roentgen centrale » che faceva parte dell'Ospedale Generale; ora però si è progettato di creare un istituto esclusivamente universitario).

Prima che l'anno accademico finisca, si renderanno vacanti altre due cattedre: d'anatomia e d'istologia, poichè i titolari (Hochestätter e Schaffer) hanno raggiunto l'età limite, 70 anni.

In passato parecchie cattedre dell'Università di Vienna venivano occupate da studiosi tedeschi di varie nazionalità; ma le condizioni economiche disastrose dell'Austria hanno, ora, eliminato del tutto i candidati stranieri.

Corso della Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma, oltre i corsi consueti e un riuscitissimo corso speciale ai medici condotti, ha quest'anno voluto organizzare

per i mesi estivi anche un corso di tirocinio per laureandi in medicina e per laureati in attesa degli esami di Stato.

Il corso che avrà inizio il 15 agosto, si svolgerà sulle materie di medicina generale, chirurgia ed ostetricia ed avrà luogo al Policlinico Umberto I ed all'Ospedale di S. Giovanni.

Per schiarimenti ed iscrizioni, gli interessati potranno rivolgersi al segretario della Scuola, dott. Lupi, Policlinico Umberto I, nelle ore antimeridiane.

Centro rurale di assistenza materna.

Com'è noto, le direttive del R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia per il nuovo ordinamento locale, basato precisamente sulla creazione di organi tecnici, corrispondenti alle circoscrizioni assistenziali dell'Opera, comprendevano la costituzione di Centri di assistenza materna ed infantile anche nei capoluoghi di mandamento o nelle località ove lo si credesse più opportuno e più utile dai dirigenti provinciali.

Milano ha dato subito attuazione pratica alle direttive del Commissario e si è ora inaugurato a Codogno il Centro rurale di assistenza, che è il primo sorto in Provincia e la cui circoscrizione comprende 28 comuni della Bassa Lodigiana, con una popolazione complessiva di più che 86 mila abitanti.

Si tratta di un « Centro » modello, ordinato in quella che fu la villa Rapelli, convenientemente trasformata: al piano terreno sono le cucine, i refettori e l'ambulanza medica; al primo piano il « Nido », le camerate coi piccoli letti e con tutto quello che occorre per l'ospitalità più completa ai bambini di età fra i due mesi ed i tre anni.

La cerimonia si è svolta nel giardino della casa e vi hanno presenziato S. E. il Prefetto, gr. uff. Fornaciari, l'avv. Fabbri, R. Commissario dell'Opera Maternità ed Infanzia, il prof. Piccininni, medico capo della provincia, e molte altre autorità.

La cerimonia si è svolta in forma semplice ed austera.

Le finalità del Centro sono state illustrate dalla sig.ra Bianca Fabbri.

L'Ospedale Bianchi Melacrino di Reggio Calabria.

Durante la visita alla Calabria i Principi di Piemonte hanno inaugurato a Reggio l'Ospedale Bianchi Melacrino. Ricevuti dall'Arcivescovo mons. Puja, dal Commissario alle Opere Pie comm. Biondo, dal direttore prof. Carossini e da tutto il corpo sanitario, i Principi hanno visitato tutti i locali e hanno ammirato l'organizzazione e gl'impianti. In occasione di tale inaugurazione, cospicue famiglie hanno fatto all'Ospedale notevoli elargizioni per la dotazione di radio.

I Principi hanno anche visitato il dispensario antitubercolare centrale « Principe di Piemonte ».

Nuovo padiglione all'Ospedale Maggiore di Milano.

Il 16 giugno, con l'intervento del Cardinale Schuster e delle autorità cittadine, si è inaugurato a Milano, in via della Pace 15, un nuovo Padiglione annesso all'Ospedale Maggiore. Il nuovo Padiglione, destinato alla termoterapia ed alla emanoterapia radioattiva, servirà alle cure con acque salsoiodiche e solforose nebulizzate. È sorto per la munificenza del dott. Ambrogio Bertarelli, primario e consulente dermatologo dell'Ospedale, ed è stato dal Consiglio Ospedaliero dedicato alla memoria dei fratelli di lui, Tomaso e Luigi, benefattori dell'Ospedale per larghe donazioni e cospicui legati. Costituirà un complemento della Sezione fotoradioterapica, che porta il nome di Ambrogio Bertarelli.

Padiglione sanatoriale "Lazzareschi,, a Pistoia.

Con l'eredità del cav. Gino Lazzareschi, gli Ospedali Riuniti di Pistoia hanno risolto il problema dell'assistenza ai malati di petto, mercè la costruzione di un padiglione sanatoriale, nelle adiacenze dell'Ospedale del Ceppo, su terreno dell'Ospedale, con progetto dell'ing. P. Baldi Papini.

Esso si compone di un corpo centrale a 3 piani e di due ali laterali a 2 piani, e misura m. 68×15; è circondato da un ridente giardino.

Certificato medico per l'invio alle colonie marine e montane.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha pubblicato il modulo di certificato medico per l'invio in colonie marine e montane di fanciulli dai 7 ai 12 anni, figli di iscritti all'Opera di previdenza per il personale civile e militare dello Stato, da rilasciarsi da un medico provinciale, da un ufficiale medico in attività di servizio, oppure da un ufficiale sanitario o da un medico condotto. Esso deve rispondere ai seguenti dati:

1) Cognome, nome, età del fanciullo; 2) Stato generale di salute del fanciullo, con indicazione dei fatti costituzionali o delle note morbose che consigliano la cura climatica (marina o montana e fino a quali altitudini); 3) Cognome, nome e qualifica dell'impiegato o del militare; 4) È stato vaccinato e quando rivaccinato?; 5) È affetto da tubercolosi polmonare o laringea?; 6) È affetto da malattie oculari contagiose?; 7) È affetto da malattie contagiose della pelle?; 8) Nella eventualità che sia stato affetto da malattia infettiva è trascorso il periodo massimo del pericolo del contagio?; 9) È comunque affetto da malattie diffusibili pericolose per la collettività?; 10) Soffre di enuresi?

Mostra sull'artrite cronica.

In occasione dell'adunanza annuale della Società Medica del Massachusetts, dall'8 al 10 giugno, in Boston, si è tenuta per la quarta volta, una mostra sull'artrite cronica, sotto gli auspici del Comitato Americano per la lotta contro il Reumatismo. Con la massima evidenza è risultata la straordinaria importanza di questa forma morbosa nella patologia contemporanea.

Settimana d'igiene mentale in Spagna.

Ad iniziativa della Lega Nazionale d'Igiene Mentale e col concorso del Consiglio Superiore Psichiatrico della Spagna, si è svolta dal 6 all'11 giugno a Madrid, e dal 23 al 28 maggio nelle provincie, la « settimana d'igiene mentale »; numerose conferenze di propaganda sono state tenute da distinti psichiatri e la Società di Neurologia e Psichiatria di Madrid ha organizzato una seduta straordinaria sull'igiene mentale. Il ministro dell'interno ha onorato con la sua presenza l'inaugurazione del ciclo di conferenze tenute a Madrid, fatta dal prof. Recaséns, all'Accademia Nazionale di Medicina.

Lotta contro le mosche a Milano.

Il Comune di Milano e per esso l'Ufficio d'Igiene, diretto dal prof. Ragazzi, sta preparando una nuova campagna di demuscazione, condotta come negli scorsi anni con norme rigorose e razionali.

Centenario di Fournier.

Dal 9 all'11 maggio si è celebrato a Parigi il centenario di Alfredo Fournier, nato in questa città il 12 maggio 1832.

Venne inaugurato l'« Istituto Alfredo Fournier », eretto dalla Lega francese contro il pericolo venereo; vi troveranno posto la Scuola di serologia della Facoltà medica di Parigi, diretta da Dimanche, un laboratorio per ricerche sperimentali sulla sifilide, diretto da Levaditi, ed un laboratorio per il controllo dei rimedi antisifilitici, diretto da Camus, Richet figlio e Coquoin. L'inaugurazione dell'Istituto venne presenziata da Wagner von Jauregg di Vienna, Jadassohn di Breslavia, Ehlers di Copenaghen, Truffi di Padova, Nicolau di Bucarest ecc.; parlarono Balthazard, decano della Facoltà medica, Achard e Camus per l'Accademia di Medicina.

Si è poi tenuta la Conferenza internazionale per la difesa sociale contro la sifilide; vennero fatte varie relazioni sulla sifilide nervosa; tra i relatori era il prof. Truffi.

Infine, l'11 maggio, nel Museo dell'Ospedale Saint-Louis, si svolse una cerimonia commemorativa della nascita di Fournier, con una serie di discorsi tenuti da alte personalità mediche.

***Pubblicheremo prossimamente*:**

La prolusione del prof. CASTELLANI *al corso di Clinica delle malattie tropicali e subtropicali*: « Brevi cenni storici sulla Medicina Tropicale dai tempi antichi ai nostri giorni »;

Una lezione clinica del prof. ALESSANDRI *sul tema*: « Un caso di sarcoma osteogenico della tibia destra »;

Un'altra lezione clinica del prof. ALESSANDRI: « Su un caso di uronefrosi sinistra da vaso anomalo »;

Una lezione clinica del prof. FRUGONI *sul tema*: « Morbo di Still-Chauffard ».

Si è spento a Roma, in età di 70 anni, il dott. gr. uff. ENRICO BALLERINI, che fu a lungo presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia e coprì altre cariche; era stimato e benvoluto da tutta la famiglia medica romana per la dirittura del carattere, l'affabilità e il valore. Dello scomparso diremo più ampiamente in un prossimo numero.

È morto a Roma il dott. comm. GIUSEPPE ALESSANDRINI, ostetrico esperto e apprezzato.

Le nostre condoglianze al figlio dott. Alessandro, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Rieti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 4 Luglio 1932 - X Num. 27

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedali Civili di Genova - Ospedale Pammatone.

AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE
diretto dal Prof. CARLO TREVISANELLO.

A proposito dell'emottisi cardiaca male interpretata.

Considerazioni cliniche

per il dott. S. CALABRESE.

Piglierò lo spunto da un caso clinico, ma quello che verrò per dire è il risultato di altre osservazioni.

Argomento sfruttato è il mio, ma sempre fertile, per chi ama darsi ragione di ogni quadro patologico. E poi non è vero che ogni ammalato merita uno studio a sè? Oggi sappiamo che non indifferente di fronte alla manifestazione morbosa è il biotipo secondo il concetto del Pende.

Incoraggiato da questo fatto, sicuro per altro che un ammalato almeno doveva essere illustrato per poter dare chiara visione di alcune conclusioni generali mi accingo al lavoro.

G. Carbone si presenta in Ambulatorio e chiede se si ritiene opportuno o no l'intervento del pneumotorace, consigliatogli da un sanitario e se anche da noi si ritiene giustificata la sua decisione di allontanarsi dalla famiglia per tema d'infettare i suoi bambini, avendo avuto per la terza volta un'emottisi. Dunque, concise domande da una parte, grave imbarazzo di risposta dall'altra.

Il paziente è di anni 36, normotipo, vagotonico.

Anamnesi famigliare completamente negativa. Anamnesi personale: è nato a termine da parto eutocico, non ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. All'età di 14 anni, riferisce di aver avuto il reumatismo articolare acuto che durò 20 giorni. Tale malattia però non fu curata. Guarito, non ebbe mai a lamentarsi di alcun disturbo nelle sue funzioni. Fece il militare per 54 mesi nel periodo della guerra. Durante il servizio, riferisce che per un insieme di circostanze emotive: ritirata di Caporetto, morte di un fratello ecc. notò che dopo qualche strapazzo gli veniva l'affanno; ma, dato il tenore di vita di quel tempo, credette che il disturbo fosse cosa transitoria. Congedatosi, ammalò della cosidetta Spagnola con forte febbre e ne guarì dopo qualche settimana. E così sino al febbraio del 1928, epoca in cui si ammalò di lieve raffreddore febbrile che gli provocò della tosse stizzosa e ad accessi per un solletico alla gola. In uno di questi accessi

notò un certo senso di agitazione cardiaca e subito emise un po' di sangue rosso vivo commisto ad espettorato. Preoccupato del fatto si fece visitare e sottoposto a cure generali si rimise. Se nonchè nell'anno successivo e propriamente nel settembre ebbe di bel nuovo della tosse senza febbre, causata da strapazzi fisici; e in seguito a questa emissione di pochi sputi sanguigni. Il medico, consultato per la seconda volta, disse che i suoi disturbi erano dovuti a fatti tubercolari senza specificare la sede e consigliò dei ricostituenti. Anche nell'ottobre del 1931 ha avuta in completa apiressia della tosse ancora più insistente e dopo qualche giorno del disturbo in un momento di maggiore molestia emise quasi una tazzina di sangue susseguito poi per un paio di giorni da espettorato lievemente sanguigno. Alquanto allarmato, pensando che la malattia progrediva, volle che il medico si decidesse per più energiche cure. Osservato attentamente e dopo qualche ora dall'emissione del sangue (importante notare questo particolare per quello che verremo a dire) gli fu proposto lo pneumotorace a sinistra dicendo che il polmone nella regione sottoscapolare era un po' leso.

Questo è quanto interessa dell'ammalato prima della nostra osservazione. Mi preme far subito notare che dall'interrogatorio dell'ammalato a proposito del come si presentava l'emottisi, mi risultò che egli, benchè preoccupato della diagnosi del medico, era convinto che la causa determinante era data dai colpi di tosse che gli si presentavano ostinati e ribelli ad ogni piccolo cambiamento di temperatura.

L'ammalato si presenta da noi in tali condizioni di nutrizione e psichiche da far credere di essere effettivamente di fronte ad un tubercolotico. Tale suo stato di nutrizione, asserisce che dura sin dalla sua prima giovinezza e perciò non l'ha mai preoccupato. Riferendoci subito sugli organi che da questa storia venivano in campo, abbiamo osservato prima di tutto i polmoni e poi il cuore. Deve servire di norma non dimenticare mai l'osservazione del cuore in simili casi.

Senza essere pedante in tutte le minuzie dirò ciò che interessa:

Sull'apparecchio respiratorio ipofonesi alle basi e un diffuso indebolimento del mormorio vescicolare d'ambo i lati. È stato colto anche qualche sibilo ed oltre a questo non vi è altro da far rilevare. Sull'apparecchio cardiovascolare si ha soffio presistolico, sistolico sulla punta e itto spostato un dito in basso e un po' a sinistra.

Esami eseguiti: ricerca nello sputo del bacillo di Koch e per tre volte a periodi diversi, sempre negativa. Negativa è stata pure la ricerca di cellule cardiache di Hoffmann, l'importanza di questo fatto sarà poi discussa.

Radiografia fatta eseguire nell'Istituto Radiologico della R. Università diretto dal prof. V. Maragliano ci dice: A carico dei polmoni quanto appresso: a destra si riscontra una punteggiatura a tipo micronodulare disseminata principalmente alla base; apice rispettato. A sinistra si ha quadro identico a quello di destra, ma meno evidente: apice anche qui indenne. A carico dell'ombra cardiovascolare si mette in rilievo una accentuazione dell'arco corrispondente all'orecchietta di sinistra. Concludendo, il quadro radiologico corrisponde ad un polmone da stasi in cardiaco. Non si apprezzano focolai di broncopolmonite.

Questo è tutto quanto rende l'ammalato e dal quale bisogna ricavare la causa dell'emottisi.

L'aspetto, la tosse, in parte i fenomeni obbiettivi sul torace, la diagnosi del primo medico ci attraggono per un'emottisi di natura tubercolare. L'ascoltazione cardiaca, il probabile reumatismo, l'assenza della febbre, la caratteristica descrizione dell'emottisi, la negatività del bacillo di Koch per tre volte ricercato nello sputo ci lasciano propendere per una emottisi di natura cardiaca. Ma non è tutto questo; anche ammessa la natura cardiaca come si è prodotta? E quali altre probabili cause potrebbero essere imputate?

Prima di entrare nel vivo della discussione mi si permetta ricordare quanto segue per maggiore chiarezza del lavoro: Il polmone è irrorato sia dai vasi dell'ematosi per la sua funzione e sia dai vasi propri nutritizi. Tra i primi, arterie e vene polmonari e i secondi arterie e vene bronchiali vi sono dei rapporti anastomotici, Nè bisogna credere che l'anastomosi, esistente tra le vene bronchiali e le polmonari mediante le venuzze bronchiali provenienti dai piccoli bronchi (le cosidette vene broncopolmonari di Lefort) e versantisi nelle vene polmonari, lascia immischiare sangue venoso con quello ossigenato, perchè i fenomeni osmotici dell'ematosi sono estesi sino nei piccoli bronchi che precedono l'acino. Non mancano neanche anastomosi fra il territorio della polmonare e le arterie mediastiniche e pericardico-freniche. In conclusione è da ritenere che le anastomosi si verificano sino ad un certo ordine di diramazioni vasali così da lasciare che le arteriole acinose presentino il carattere terminale.

Ciò stabilito, diciamo subito, che il nostro malato non è da considerarsi un tutercolotico e spiegheremo la diminuzione del mormorio vescicolare e l'ipofonesi coll'essere di fronte, come sosteneva Von Basch, ad alveoli ingranditi permanentemente per la dilatazione dei capillari da cardiopatia, fatto, che non farebbe più rimuovere in essi l'aria (vedi anche enfisema polmonare). Il reperto di qualche sibilo sarà per un lieve fatto infiammatorio transitorio dei bronchi perchè l'ammalato ci dice che passata la tosse, presente per qualche settimana, poi si sente benissimo. Di conseguenza alcun fatto di specificità e l'errore in cui incorse il primo collega potrebbe essere giustificato dal reperto già fatto presente, forse di probabili rantolini più o meno crepitanti ascoltati in determinata zona, causa l'osservazione a sca-

denza di breve tempo dell'emottisi per persistenza di piccole quantità di sangue negli alveoli o nei bronchioli. Comprendo, che il maggior allarme fu dato dall'emottisi, ma se si fosse ben riflettuto l'inganno sfumava. La emottisi tubercolare si presenta in genere all'improvviso e lascia nello sgomento l'ammalato, è preceduta e seguita da dimagrimento e astenia ed ha una durata di oltre qualche giorno. Spesso vi è anche febbre a meno che non sia l'emottisi esponente non di un processo attivo ma di un processo sclerosante per fragilità dei vasi neoformati. La tosse a sua volta nei fatti attivi o si presenta per cacciar via il sangue o se vi era, aumenta nel momento dell'emottisi. Come si vede nulla di tutto questo nel caso nostro; si aggiunga ancora: l'esame dello sputo, il reperto radiologico, l'esame obbiettivo negativo e credo di avere dati più che sufficienti per non mettere in campo simile eziopatogenesi. Invece, l'ascoltazione cardiaca dichiarandoci una stenosi e insufficienza mitralica deve far soffermare la nostra attenzione su un'emottisi cardiaca. Come avvenuta? Non embolo con consecutivo infarto, perchè manca tutta la sintomatologia: dispnea, senso di pena, cianosi, cuore irregolare, respirazione accelerata e convulsioni se si tratta di grosso embolo e finanche dolore se l'embolo è sottopleurico o in vicinanza del diaframma. Nè il cuore destro viene a sostegno dell'embolia, sapendo che in genere, in simili casi, il punto di partenza dell'embolo è quasi sempre l'orecchietta dilatata, favorendo per ristagno del sangue i coaguli, i quali, staccati dalla corrente, penetrano nell'arteria polmonare e vanno ad ostruire uno dei rami di media grandezza. L'emottisi in simili casi è preceduta dai segni suddetti ed è frazionata e continua; infatti si presenta per molti giorni con sputi piccoli di colore specialmente rosso-nerastri e la tosse si presenta sempre come conseguenza dell'embolia per ragioni dell'infarto e quindi 24-48 ore dopo l'embolo. Si aggiunga a questo che l'infarto di origine embolica non è poi tanto facile a prodursi, sapendo, come giustamente disse Grawitz, che l'embolismo in un polmone sano non produce infarto. Perchè l'infarto da embolo avvenga, necessitano delle alterazioni vere e proprie anatomiche della struttura polmonare, come l'indurimento bruno di cui non abbiamo alcun segno nè obbiettivo, nè subbiettivo, nè radiologico, che si determina nei cardiaci per le abituali stasi capillari e ectasie che ne derivano, nonchè da una moderata ma diffusa iperplasia con lieve infiltrazione del tessuto interstiziale e aumento numerico delle fibre elastiche di tutte le parti componenti il polmone (Pianese) interrompendo così le anastomosi fra l'arteria polmonare e le esofagee, le bronchiali, le mediastiniche e le pericardio-freniche, come in altro punto è stato detto. Non penseremo nel caso nostro neanche ad emorragia da diapedesi, creando un infarto da stasi il quale, a differenza del primo di natura embolica che è cuneiforme per la maniera di suddivisione dicrota dell'arteria polmonare, si presenta a contorni sfumati partendo dal punto in cui è avvenuta l'emorragia. In simili casi l'infarto è sempre accompagnato dal resto sintomatico della stasi polmonare e l'emissione del sangue dalla bocca, se pur si verifica in caso di non riassorbimento, avviene con tosse, ma continua, per giorni ed è sempre sangue scuro in piccola quantità commisto a muco.

Non credo di prospettare la trombosi polmonare perchè questa è caratterizzata principalmente da un periodo di asfissia incompleta e progressiva, cosa non presente nel caso in esame.

Noi invece ci troviamo di fronte ad un quadro ben chiaro: abbiamo avuta emissione di sangue rosso-vivo per breve durata in rapporto a dei forti colpi di tosse. Nessun segno di stasi polmonare, nè del resto alcun sintomo da far pensare a cattiva funzionalità cardiaca, salvo un più facile affanno inerente al lavoro protratto. La radiografia ci parla solo di una punteggiatura a tipo micronodulare disseminato alle basi, nè di più ci può dire, e conclude che è il reperto del polmone da stasi in cardiaco. Per conto mio, anche perchè ho il conforto dell'esame continuo dell'ammalato, non direi che simile reperto radiografico venga a stabilire la diagnosi di stasi polmonare. Per stasi, bisogna intendere difficoltà del deflusso sanguigno per cui i capillari, dilatandosi, non solamente determinerebbero, secondo osservazioni e studi già pubblicati (e ricordo fra questi un bel lavoro dei dott. Ghio e Balestra) radiograficamente la caratteristica punteggiatura micronodulare disseminata alle basi, più atte a risentirne per ragioni meccaniche; ma farebbero pure fuoriuscire per alterazioni anatomofunzionali elementi corpuscolati e plasma dal loro lume. Nel nostro caso invece, niente di tutto ciò: assenza ascoltatoria alle basi e assenza anche di cellule cardiache nel reperto microscopico dello sputo. Di conseguenza diremo che simile reperto radiografico è creato anche in primo tempo nei cardiaci per dilatazione dei capillari dovuta a sola ipertensione del piccolo circolo, ma ancora ben compensata per

buona funzionalità del ventricolo destro che vince le resistenze. Invece non appena questa forza ventricolare viene ad esaurirsi allora sì che la stasi si presenta con tutta la sua completa fenomenologia. Il nostro cardiaco invece è ancora in compenso pur avendo una dilatazione dei capillari alveolari. Da quanto abbiamo notato, scaturisce logicamente una massima da tenersi presente da ogni buon osservatore: Non bisogna mai sostituire l'esame clinico col reperto radiografico, perchè questo, pur palesandoci delle alterazioni degli organi, molte volte per la sua rigida obbiettività deve lasciare al clinico la vera interpretazione dei fatti. Escluse così le cause più comuni dell'emottisi prospettabili nel nostro ammalato rimanendo la sola tosse la causa determinante, vediamo come questa ha agito.

Il meccanismo con cui la tosse può creare l'emottisi, credo, che non possa essere disgiunto da alcune importanti leggi fisiologiche sul rapporto tra la respirazione e circolazione. Si tenga anzitutto presente il comportamento della pressione toracica inerente alla respirazione e cioè: essa è diminuita nella inspirazione ed è aumentata nella espirazione. Ciò si spiega col fatto, che, essendo i polmoni l'intermezzo tra l'aria atmosferica e la cavità toracica, fanno in modo che la pressione atmosferica delle vie respiratorie agisca durante la inspirazione in misura tanto inferiore nella cavità toracica di quanto maggiore sarà la pressione impiegata e quindi neutralizzata per dilatare i polmoni vincendo le resistenze dei loro tessuti. La pressione poi che agisce dall'esterno sulla parete toracica è vinta nella inspirazione dalla dilatazione attiva della gabbia toracica. Nella espirazione invece, la pressione dell'aria atmosferica trasmessa attraverso la parete del torace alla cavità toracica, crea aumento della pressione in detta cavità, perchè non è più in parte neutralizzata da alcuna contropressione, dato che i polmoni e i tessuti sovrastanti tendono a ritornare su sè stessi per ragioni inerenti alla loro funzione. Non si farà allora fatica immaginare come il sangue, nelle due fasi respiratorie, percorrendo in tubi elastici ed in ambiente sottoposto a cambiamenti di pressione, sarà in rapporto all'aumento o diminuzione di questa facilitato o non nel suo movimento di ritorno al cuore. Ma come queste variazioni di pressione agiscono sulle grosse vene toraciche così agiranno, sia pure in minor misura per lo spessore maggiore delle pareti vasali, anche sulle grosse arterie toraciche nel senso, che se in questo il sangue ha un movimento centrifugo, tale movimento sarà facilitato nella inspirazione e ostacolato nella espirazione.

Tutto questo parlando della grande circolazione mentre la piccola circolazione risente in maniera diversa della respirazione e non solamente per i cambiamenti di pressione intratoracica ma anche e forse principalmente per i movimenti propri del polmone. La inspirazione infatti, agisce sul piccolo circolo diversamente secondo il momento della sua estrinsecazione e propriamente si vede che mentre nella prima fase favorisce l'afflusso polmonare sanguigno, in secondo tempo invece, favorisce il deflusso. La ragione di ciò va ricercata nel fatto che i capillari polmonari, da tortuosi che sono per l'espirazione, vengono distesi dalla modica espansione polmonare dell'inizio inspiratorio per cui, venendo a diminuire le resistenze circolatorie è favorito nell'organo l'afflusso sanguigno; mentre poi, la successiva completa distensione del polmone per l'acme inspiratorio, stirando sensibilmente i capillari e riducendone perciò il lume vasale, favorisce il deflusso (Heger e Spehel).

Altrettanto vien fatto dalla espirazione; difatti, l'inizio espiratorio, trovando i capillari distesi per il precedente acme inspiratorio, li fa ritornare in modica distensione e aumentandone di nuovo il loro lume facilita l'irrorazione sanguigna; l'ulteriore fase espiratoria invece, comprimendo i polmoni e per essi i capillari favorisce il deflusso. L'influenza poi delle variazioni della pressione intratoracica su questo, sì come esposto, meccanismo del piccolo circolo, lo dimostra la respirazione artificiale-meccanica, la quale durante l'inspirazione favorisce, contrariamente al normale, prima il movimento centrifugo e poi il centripeto del sangue rispetto al polmone (Kowalewski).

E ciò perchè i polmoni, spremuti tra la pressione che agisce sulla gabbia toracica che sta immobile per la mancata espansione attiva, non riuscendo più così ad annullare colla propria forza funzionale la pressione che agisce dall'esterno su di essa; fanno fuoriuscire il sangue prima ancora di riceverne. Non sfugga il concetto che: nella respirazione artificiale la espansione della gabbia toracica è passiva e quindi è giusto che venendo a mancare una forza vitale si determini uno squilibrio della pressione intratoracica e consecutivamente alterazioni delle funzioni da essa influenzate. Ritengo pertanto non superfluo ricordare che ultimamente si è cercato di avere la conferma radiografica di queste influenze respiratorie sul piccolo circolo; (e ricordo fra le ricerche

quelle del Vallebona), ma non si è potuta, ad onor del vero, ancora dire con certezza l'ultima parola per cui noi ci accontenteremo della logica esposizione descritta. Comunque, dato che è pacifico, che la respirazione normale influenza con le sue fasi la circolazione polmonare, credo che non possa mettersi in dubbio come le alterazioni respiratorie vengano a disturbare questi rapporti producendo dei veri perturbamenti circolatori.

Questo appunto succede colla tosse, la quale, essendo una profonda e, aggiungo, rapida inspirazione seguita da una espirazione forzata a glottide chiusa, disturba sia per la durata che per la modalità degli atti respiratori il circolo polmonare. L'inspirazione profonda e rapida determina infatti solo l'afflusso sanguigno perchè susseguendo immediatamente l'espirazione a glottide chiusa non dà tempo a che il deflusso si verifichi. Il polmone allora abbondantemente irrorato, anzi congesto, compresso bruscamente dalla rapida espirazione può far rompere i capillari polmonari determinando emottisi. E ciò, si badi, considerando un solo colpo di tosse! Si pensi poi a quel che accade, se, come succede generalmente, e come nei casi osservati, la tosse si manifesta insistente per una rapida sequela di inspirazioni ed espirazioni più o meno superficiali, sempre a glottide chiusa, seguite di tanto in tanto da profondissime inspirazioni! In tal caso si verifica un perturbamento spiccatissimo e i polmoni, e con essi i capillari, stirati e compressi, più o meno pieni di sangue, non avendo il tempo necessario per equilibrare queste brusche variazioni di pressione, si rompono con facilità forse nel momento in cui vi è una inspirazione o espirazione massima, e danno emottisi.

Che dire poi, se a queste condizioni, si aggiungono delle vere e proprie alterazioni dei capillari? È saputo che nei cardiaci, e in ciò oltre l'anatomia patologica anche la radiografia attualmente ci illumina, i capillari alveolari sono sovraripieni, tortuosi e dilatati specialmente alle basi. Nè credo che debba essere trascurato il fatto che i vasi polmonari si distendono sotto una data pressione molto di più dei vasi viscerali e muscolo-cutanei, e se la pressione eccede un poco, dopo essere stati dilatati, non ritornano più sopra sè stessi (Stefani). In conclusione, il meccanismo con cui la tosse, nei cardiaci principalmente, può produrre emottisi è molto complesso, e un insieme di fattori, che facilmente sono riscontrabili in detti pazienti, ne sono la causa.

La diligente anamnesi prossima e remota, l'osservazione minuziosa dell'ammalato ci guideranno sulla giusta via diagnostica e terapeutica, se si vorranno evitare delle sorprese agli ammalati. Molte volte basta calmare la tosse per vedere sparire l'emottisi. Si comprenderà anche la differenza prognostica tra l'emottisi per embolia o da stasi o da altri processi e quella per tosse, sì come concepita; perchè nei primi casi spesso sono in atto e residuano delle alterazioni anatomofunzionali, mentre nel caso della tosse, cessata questa, tutto ritorna nell'ambito primiero.

Come spirito del lavoro, secondo il mio parere bisogna ritenere: Che nei cardiaci la tosse, sopravvenuta per altre ragioni, è causa più di quanto non si crede di emoftoe.

Che la radiografia non può stabilire se un polmone debba o non considerarsi da stasi cardiaca per il solo reperto attribuibile a dilatazione dei capillari alveolari, essendo la stasi il risultato oltre chè di questo fatto, anche di un insieme di disturbi funzionali sia subbiettivi che obbiettivi e potendo la dilatazione dei capillari alle basi determinarsi in primo tempo per un qualsiasi ostacolo al piccolo circolo.

Che dev'essere preso in seria considerazione il concetto direttivo terapeutico nei singoli casi clinici e sopratutto, l'intervento del pneumotorace, dev'essere sempre molto accuratamente vagliato, potendo, oltrechè essere controindicato in alcuni casi di vera tubercolosi polmonare, rappresentare, come eventualmente in questo caso, se fosse stato eseguito, un'arma notevolmente offensiva, se erroneamente applicato.

RIASSUNTO.

L'A., dall'osservazione di molti casi di emottisi cardiaca, visti all'Amb. di Medicina dell'Ospedale Pammatone in Genova, si sente in grado di affermare che in simili pazienti, la tosse, considerata a sè, è sufficiente a determinare l'emottisi.

Ne discute il meccanismo, soffermandosi sull'influenza che la inspirazione ed espirazione creano nel piccolo circolo nel momento del tossire.

Tratta anche la diagnosi differenziale di alcune forme d'emottisi e richiama pure l'attenzione sul reperto radiografico dei polmoni nei cardiaci, dicendo: Il reperto radiografico non può stabilire la diagnosi di polmone da stasi in cardiaco, essendo invece ciò il risultato di un insieme di rilievi clinici e di laboratorio.

BIBLIOGRAFIA.

VALLEBONA. *Contributo allo studio del disegno polmonare.* Radiol. Medica, vol. VIII, fasc. XI, 1931.
LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo.*
P. ALBERTONI-A. STEFANI. *Manuale di fisiologia umana.* II Ediz., Casa Ed. Vallardi.
N. ZUNTZ-A. LOEWY. *Manuale fisiologia dell'uomo.* III Ediz., Unione Tipografica Editrice Torinese, 1921.
A. CANTANI-E. MARAGLIANO. *Trattato italiano di Patologia e Terapia medica,* vol. III, parte III (*Malattie del polmone*). Casa Ed. Vallardi.
G. BALESTRA-A. GHIO. *Sul quadro radiologico polmonare nei vizi valvolari del cuore.* Radiologia Medica, vol. XVII, fasc. VI, 1930.
CHATERON. Paris Médical, 1927, fasc. VI.
V. MARAGLIANO. *Trattato italiano di diagnostica rad.*, 1928.
DUMAREST. *Pneumothorax et hémoptysies.* Clinique et Laboratoire ,n. 10, 1931.
P. BROUARDEL-A. GILBERT. *Malattie dei polmoni e bronchi e della trachea.* Un. Tip. Ed. Torinese.
PIANESE. *Anatomia Patologica.* Napoli, Off. Arti Grafiche Ciro Russo, 1927.
SERGENT, BORDET e DURANT. *Expl. rad. de l'appar. resp.*, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA.
PADIGLIONE FLAIANI. - Primario: L. URBANI.

Quattro casi di lussazione congenita della rotula.

Dott. M. MARGOTTINI.

La lussazione congenita della rotula a somiglianza di molte altre deformità congenite degli arti, malgrado i numerosi studi dei quali è stata oggetto si presenta ancora non ben chiarita nella sua patogenesi. Ne fanno fede le molteplici alterazioni alle quali si è dato valore causale secondo i vari AA., e i numerosi metodi operatori proposti ed attuati per la sua correzione, direttamente derivati da questa o quella interpretazione patogenetica.

Malgrado la relativa rarità di questa malformazione ne sono stati pubblicati parecchi casi in questi ultimi anni: io stesso ho potuto osservarne tre nello spazio di cinque mesi.

A queste osservazioni ne ho aggiunto una quarta di lussazione recidiva acquisita perchè, come giustamente dice Dalla Vedova, dovrebbero considerarsi congenite anche quelle forme di lussazione della rotula da trauma che presentino nella articolazione condizioni congenite predisponenti alla lussazione.

Le gravi alterazioni scheletriche messe in rilievo dalla radiografia in questo caso IV, e la insignificanza del trauma che determinò la lussazione confermano pienamente questo concetto.

CASO I. — Emma V., di 22 a., sarta, entra in Ospedale il 28-VIII-1931. La p. nata di parto fisiologico da genitori viventi e apparentemente sani, ricorda di aver sempre avuto la deformità del ginocchio sinistro, e cioè la rotula spostata all'esterno. Non ha mai sofferto dolori ma avvertiva spesso camminando una certa rigidità nell'articolazione. È caduta più volte nel correre. Nel 1930 cadde battendo fortemente il ginocchio sinistro che si gonfiò. In un altro ospedale le venne praticato intervento chirurgico per ridurre la lussazione; ne residuò un tramite fistoloso non ancora chiuso; e la persistenza dello spostamento laterale della rotula.

E. O. Costituzione scheletrica regolare. Condizioni generali e stato di nutrizione buoni. Negativo l'esame degli organi interni. Arto inferiore sinistro in estensione e rotazione esterna; ipotrofia a carico del quadricipite. Sulla faccia anteriore del ginocchio sinistro si nota una cicatrice curvilinea a concavità superiore, di colorito rosso sbiadito, che all'unione tra branca interna e tratto trasversale presenta una soluzione di continuo della grandezza di una moneta da un soldo, con fondo ricoperto in parte da secrezione giallastra e in parte da desquamazione epidermica. Il ginocchio sinistro si presenta globoso e deformato: è aumentato il suo diametro trasverso. Con la palpazione si avverte una depressione trasversale sulla faccia anteriore dell'articolazione, e si apprezza la rotula sollevata di circa 1 cm. e mezzo rispetto all'omologa e spostata all'esterno.

FIG. 1.

Essa è discretamente mobile in senso trasversale, benchè non si riesca a riportarla nella doccia intercondiloidea.

Scarsa la mobilità in senso verticale. Il condilo femorale interno è lievemente sporgente.

Movimenti passivi: la flessione della gamba sulla coscia è ridotta di circa 15° rispetto a quella dell'arto destro; in posizione di flessione lo spostamento della rotula all'esterno è ancora più evidente.

Movimento di estensione normale.

Aumentata mobilità laterale della gamba sulla coscia.

Movimento attivo di flessione si compie bene;

quello di estensione è possibile ma poco energico. L'estensione ostacolata è impossibile.

Misurazione: Distanza spino-malleolare a sinistra 77 cm. a D 79 cm. Circonferenza della coscia (3° medio) a sin. 48 cm. a D. 51 cm.

Circonferenza al 3° medio della gamba: a sinistra 32 ½ cm., a D. 32 cm.

Nella stazione eretta l'arto inferiore sinistro mostra un netto valgismo. La vôlta plantare è appiattita nei due piedi.

R. W. negativa.

Esame radiografico: Esiste una deformazione grave dei capi articolari del femore sinistro con

FIG. 2.

atrofia del condilo esterno compensato in parte dall'aumento di volume del condilo tibiale corrispondente. Lussazione laterale esterna della rotula che è anche risalita: essa è un po' atrofica ma morfologicamente normale.

Nella porzione inferiore del legamento rotuleo esistono delle formazioni ossee nettamente fornite di corticale. L'aspetto normale della rotula fa pensare che dette formazioni siano rotule succenturiate.

È probabile l'ipotesi di malformazione congenita del ginocchio sinistro. Esistono inoltre delle irregolarità osteofitiche notevoli della tuberosità tibiale. La tibia sinistra non è perfettamente in asse con il femore ma un po' spostata verso l'esterno, ed estrarotata come dimostra la radiografia laterale che fa vedere il profilo del perone quasi completamente libero e non sovrapposto a quello della tibia (figg. 1 e 2).

Diagnosi: lussazione congenita permanente della rotula sinistra.

La p. venne sottoposta a osteotomia sopracondiloidea secondo Mac Ewen il 2-IX-1931 (prof. Urbani). Apparecchio gessato in varismo. Si ottenne così la correzione del valgismo della gamba sinistra. La p. rifiutò altri interventi e uscì dall'ospedale contentandosi di portare un apparecchio ortopedico che limitasse la persistente mobilità laterale della gamba.

CASO II. — Publio P., di 42 anni, verniciatore; entra in ospedale il 25-X-1931 perchè in seguito ad investimento automobilistico riportava contusione del ginocchio destro, e una ferita lacero-contusa della regione sopraorbitaria destra.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica regolare in buone condizioni di nutrizione.

Organi interni normali.

Oltre alle lesioni traumatiche che lo avevano indotto a farsi ricoverare in ospedale, si scopre nel fare l'esame del malato che egli presenta una deformità a carico del ginocchio sinistro, dovuta allo spostamento laterale della rotula che poggia sul condilo esterno del femore.

La rotula è notevolmente spostabile in senso

FIG. 3.

trasversale ma non si riesce a ricondurla nella sua posizione normale; la gamba è un po' rotata all'esterno; i movimenti attivi e passivi si compiono normalmente. Lieve ipotrofia del quadricipite. Il p. dice di non aver parlato di questa sua deformità che insorse quando egli aveva due anni in seguito a infezione (?), perchè non gli procurava alcuna molestia nè limitava in nessun modo la sua attività. Durante la guerra aveva infatti prestato servizio militare come territoriale.

Esame radiologico: Si nota lussazione esterna della rotula sinistra. Il condilo femorale esterno di questo lato è più appiattito che di norma. Diminuita profondità dell'incisura intercondiloidea. Sulla faccia interna del condilo femorale interno D. e sulla tuberosità tibiale interna si notano delle immagini calcificate riferibili a borsite (figure 3).

Diagnosi: lussazione congenita permanente della rotula sinistra.

Il p. rifiuta ogni intervento per correggere la lussazione.

CASO III. — Aldo C., di 16 anni, commesso. Entra in ospedale (Padiglione Lancisi diretto dal prof. S. Muzii) il 19-X-1931. Nega lues e altre malattie veneree. La madre del p. aveva notato che egli fin da piccolo aveva la rotula destra fuori posto. Nessun disturbo della deambulazione fino a sei

mesi fa, allorchè dopo essere stato lungo tempo in bicicletta, avvertì dolori al ginocchio destro che in seguito si ripeterono spesso nel movimento e talora anche in riposo. Una volta mentre camminava ha avuto la sensazione che la gamba destra si fosse piegata verso l'esterno ed è caduto.

E. O. Individuo robusto, di costituzione scheletrica regolare in ottime condizioni generali. Negativo l'esame degli organi interni. Arto inferiore destro: il ginocchio si presenta aumentato di volume in toto e deformato. La faccia anteriore è spianata: Sulla parte esterna di essa si nota un rilievo dato dalla rotula in cattiva posizione, un po' più piccola di quella sinistra, mobilissima in senso trasversale tanto da poterla ricondurre pressochè in posizione normale. Esiste anche una certa mobilità in senso verticale. La sinoviale si percepisce ispessita. Invitando il p. a flettere il ginocchio la rotula scivola all'esterno. Flessione ed estensione quasi normali, un po' limitata quest'ultima. La deambulazione è ostacolata più che altro dal dolore che il p. avverte sul condilo esterno del femore. Il piede è modicamente estrarotato; lieve ipotrofia del quadricipite.

FIG. 4.

Esame radiografico: Lussazione laterale esterna della rotula D. Si nota inoltre una atrofia spiccata del condilo femorale esterno parzialmente compensata da un aumento della crorispondente tuberosità tibiale. L'incisura intercondiloidea destra è meno profonda di quella sinistra. Deviazione della tibia all'esterno: il suo asse mediano è lateralizzato rispetto a quello femorale (fig. 4).

Diagnosi: lussazione congenita permanente della rotula destra.

Operazione: 30-X-1931: Prof. S. Muzii.

Rachianestesia tutocainica buona. Taglio longitudinale anteroesterno: asportazione sottoperiostale della metà esterna della rotula e modellamento della superficie cartilaginea con il tessuto periostale della faccia anteriore, al quale viene suturata. Capsulorrafia del lato interno dell'articolazione. Spostamento all'interno dell'attacco del legamento rotuleo. Sutura con sovrapposizione delle alette interne. Così si ovviò a tutti i coefficienti causa della lussazione, esclusa la ipoplasia del condilo esterno e lo sfiancamento del margine trocleare esterno. Sutura a piani.

CASO IV. — Anna Maria O., di a. 17. Visitata il 25-XII-1931. Circa un anno fa la p. ricevette un colpo « non molto forte » alla gamba destra che le produsse lussazione esterna della rotula. Fu praticata la riduzione in narcosi. È stata poi bene fino al 25-XII-1931 allorchè, mentre in piedi faceva dei movimenti ginnastici con le braccia, improvvisamente si lussò nuovamente la rotula destra. La lussazione si ridusse spontaneamente. Si formò scarso versamento nell'articolazione che si riassorbì a poco a poco.

E. O. La p. è di costituzione scheletrica regolare e in floride condizioni generali. Negativo l'esame degli organi toracici e addominali. L'esame degli arti inferiori mette in rilievo soltanto un lieve valgismo bilaterale e la presenza di modica quantità di liquido nel ginocchio destro.

FIG. 5.

Esame radiografico: Dimostra una malformazione bilaterale da ritenersi di origine congenita, consistente in una ipoplasia dei condili femorali esterni mentre i condili interni sono più sviluppati che di norma ed alquanto più bassi. Le tibie compensano in parte alla deformazione con un maggior sviluppo della tuberosità esterna, ed una ipoplasia ed un abbassamento della tuberosità interna. Al momento dell'esame le due rotule appaiono in sede normale. Lo stato di calcificazione dei capi articolari è normale bilateralmente, e non esistono segni radiologici che depongano per presenza di processi artritici cronici (fig. 5).

Diagnosi: Lussazione recidiva della rotula destra.

L'indagine radiologica dei quattro casi in esame ha dunque rivelato:

1) Spostamento della rotula in fuori: Nel caso II metà della rotula sporge all'esterno del margine laterale del condilo esterno del femore; nei casi I e III il suo profilo si delinea quasi per intero lateramelmente a quello del condilo.

2) Diminuita prominenza della spina interglenoineda accompagnata da minore profondità dell'incisura intercondiloidea in tutti i casi, più rilevante nei primi tre.

3) Superficie glenoidea laterale della tibia lievemente più accentuata della superficie me-

diale e anche più estesa di questa (casi I. II. e III). Tale maggiore profondità della glenoide laterale è più evidente in I e III. Nel caso IV la superficie esterna della glenoide è più appianata, ma rappresenta circa i 2/3 dell'intera superficie articolare della tibia, mentre quella interna, molto ridotta, è fortemente scavata.

Questo rappresenta il compenso tibiale alle alterazioni dell'estremità inferiore del femore.

4) Spostamento all'esterno di tutta la gamba rispetto all'asse femorale, sì che innalzando un piano tangente al margine laterale della tuberosità tibiale esso non tocca il condilo femorale ma gli passa lateralmente (casi I e III).

5) Nei casi, I, II, III, una lieve estrarotazione della gamba come mettono in evidenza le radiografie laterali che mostrano il profilo dell'estremo superiore del perone quasi completamente libero da quello della tibia.

6) Alterazione del condilo esterno costante in tutti i casi: atrofia accentuata nei casi I, III, IV, appianamento nel caso II. Ad essa fa riscontro l'aumento compensatorio di volume della tuberosità tibiale corrispondente. Questa atrofia raggiunge il suo massimo grado nel caso IV in cui è bilaterale, e si associa ad una ipertrofia del condilo interno.

7) Presenza di rotule succenturiate nel caso I.

* * *

Secondo gli studi della De Vriese la rotula non sarebbe un sesamoide, ma un osso breve in via di regressione, il cui abbozzo scheletrico compare al di fuori del tendine quadricipitale e non nel suo spessore. (Bernays, Kazzander). L'importanza della rotula starebbe nel fatto che essa, aumentando la distanza tra l'asse di rotazione della tibia e la direzione secondo la quale agisce la forza di trazione che si esplica a mezzo del tendine rotuleo, diminuisce lo sforzo necessario a compiere il movimento di estensione della gamba. Ma la rotula può mancare congenitamente senza che l'arto inferiore sia minorato nella sua efficienza, e vi sono casi di lussazione congenita che non sembrano arrecare molestia alcuna, nè limitazione della funzione del ginocchio almeno per molti anni. (nella casistica personale caso II nessun disturbo fino a 16 a.; caso III il p. a 41 anni non ha mai avuto sofferenze ed ha potuto prestare servizio militare).

Questa relativa innocuità della lussazione congenita della rotula è in certo modo confermata dal frequente ritardo con il quale i pazienti vengono all'osservazione del chirurgo. Per quanto dall'anamnesi si rilevi che la deformità era stata notata fin dalla infanzia, sono spesso degli adulti quelli che vengono a farsi esaminare, in genere perchè una malattia, o un trauma più spesso, ha rotto improvvisamente l'equilibrio funzionale del ginocchio, determinando l'insorgenza di disturbi che tendono a persistere e ad aggravarsi. Le quattro storie cliniche da me riportate si riferiscono tutte ad adulti. Il criterio di congenitalità dell'affezione è dapprima soltanto anamnestico, come dice giustamente Estor.

Per l'eziologia sembrano avere influenza la ereditarietà e la famigliarità, come dimostrano i non rari casi di lussazione congenita in membri discendenti e collaterali di una stessa famiglia. Questi fattori mancavano nei mie quattro casi, così come era assente l'associazione spesso riscontrata con altre deformità congenite dello scheletro, se si eccettua la presenza di rotule succenturiate nel caso I. L'eguale distribuzione nei due sessi corrisponde nella mia statistica a quella della maggioranza degli AA., mentre essa è troppo piccola per confermare la lieve preponderanza a carico dell'arto sinistro trovata da altri.

Le alterazioni alle quali si è dato importanza fondamentale per la produzione della lussazione congenita sono quelle che, ritenendo le condizioni dell'apparecchio legamentoso secondarie, localizzano nello scheletro la causa della deformità. Dalla Vedova però, basandosi sulle esperienze di Bonomo (impossibilità di lussare la rotula in fuori anche spianando il condilo esterno finchè è integro il legamento laterale interno, e sui casi di Lange e di Ménard nei quali i capi articolari e la rotula erano perfettamente normali), ritiene che si debba dare valore anche alle alterazioni legamentose. Anche Galie e Lemesurier dicono di non aver trovato quasi mai alterazioni anatomiche gravi ma soltanto lassità dei legamenti.

Il valgismo a cui spesso si accompagna la lussazione congenita non ha certamente valore causale. Vi sono relativamente molti valgi congeniti mentre sono pochi i lussati di rotula. Quando le due deformità coesistono, l'osteotomia sopracondiloidea che corregge il valgismo non modifica affatto la lussazione (caso V di Zanoli, caso I personale), nè impedisce ad una lussazione ridotta di recidivare.

È stato considerato fattore primitivo della deformità l'ipertrofia del condilo interno (Maas), e più spesso l'insufficiente sviluppo del condilo esterno che è un reperto frequentissimo. Esso spiega anche come lo spostamento della rotula avvenga quasi sempre all'ester-

no. Per alcuni AA. però le lesioni del condilo sarebbero secondarie allo scorrimento della rotula su di esso. Ma questa atrofia è stata riscontrata nelle lussazioni congenite irreponibili in cui la rotula fissa non poteva esplicare questa sua azione atrofizzante. E viceversa Dalla Vedova cita un caso di Mènard in cui lo scivolamento ripetuto della rotula sul condilo non aveva dato alcuna alterazione di questo durante molti anni. Nei miei casi è stato un reperto costante e molto evidente in tre di essi: raggiungeva il suo grado massimo nel caso IV di lussazione recidivata per la seconda volta, in cui appunto per essere la rotula situata in sede normale non poteva avere influito in alcun modo sulla alterazione dell'estremo femorale. Per Wiemuth tale ipotrofia potrebbe essere dovuta o a disposizione embrionale difettosa, o ad eccessiva pressione della parete uterina sulla parte esterna dell'articolazione del ginocchio per scarsità del liquido amniotico. Zanoli riferisce che su quasi 2000 casi di lussazione congenita dell'anca veduti all'Istituto Rizzoli e nell'anamnesi dei quali risultava scarsità di liquido amniotico, non venne mai riscontrata atrofia del condile esterno del femore. Questo reperto non nega la possibilità che l'alterazione del condilo sia primitiva. D'altra parte non è sempre possibile diagnosticare l'oligoidramnios neppure durante la gravidanza (Ferroni).

Per Uhde è la diminuita profondità dell'incisura trocleare la causa della lussazione congenita della rotula. Il caso di Scaffer in cui si produsse lussazione in seguito allo sviluppo di una esostosi sul solco trocleare dimostra questa possibilità, che è confermata dal successo che si ha con l'operazione di Murphy. Questa alterazione però è considerata in genere secondaria al mancato appoggio della rotula dislocata. Si potrebbe anche ammettere che essa sia contemporanea a quella del condilo, o anche data la loro costante associazione, che si tratti di appianamento della doccia relativo al minore sviluppo della parte esterna del capo femorale. Altro fattore invocato è la piccolezza della rotula: teoria difficilmente sostenibile se si pensa alla incostanza di queste minori dimensioni (presente solo in modico grado nel caso III), e al fatto che tale riduzione di volume dovrebbe piuttosto compensare le alterazioni atrofiche del condilo, e rendere più difficile lo spostamento patellare.

La radiografia assiale della rotula, presa a paziente in ginocchio sulla lastra e in flessione completa, ha mostrato che la sua faccetta articolare interna anzichè uguale a quella esterna come nell'individuo normale, nella lussazione è più piccola e più appiattita (Jaroschy, Marziani).

Riprendendo l'ipotesi di Codivilla e Holbaum, Zanoli in base al reperto costante nei suoi casi di una torsione della tibia e talora anche del femore, ritiene che questa deviazione assiale in senso opposto dei capi articolari abbia inizio nel periodo fetale, e rappresenti la genesi formale della lussazione. Per Codivilla l'estremo femorale inferiore sarebbe extrarotato. Zanoli invece ha trovato extrarotazione primitiva costante. La intratorsione femorale invece può essere primitiva, o più spesso stabilirsi secondariamente come fenomeno di compenso. In due casi dell'Istituto Rizzoli furono riscontrate contemporaneamente alla nascita.

Queste torsioni dei segmenti scheletrici dell'arto inferiore sono segnalate da molti AA. senza che fossero state invocate come fattore dello spostamento della rotula. Infatti anche nelle lussazioni antiche irriducibili di origine traumatica si trova extrarotazione della tibia e intratorsione del femore, lesioni secondarie all'alterata statica.

La torsione tibiale all'esterno era presente nei miei primi tre casi, e probabilmente ad essa si accompagnava una intratorsione del femore ma così lieve da non essere facilmente rilevabile.

Più che la torsione nei casi I e III era notevole lo spostamento all'esterno della tibia rispetto all'asse mediano del femore, deviazione certamente secondaria e di compenso all'alterato equilibrio.

Inoltre il bambino al momento della nascita presenta una tendenza alla lussazione della rotula piuttosto che una vera lussazione. Come avviene per l'anca, e soltanto in seguito al carico che la rotula si sposta. Per Broca infatti si tratterebbe di un arresto di sviluppo che colpisce in misura maggiore o minore le varie parti dell'articolazione.

Sarebbe forse più esatto ritenere che la lussazione della rotula anzichè essere dovuta ad una singola lesione ossea, muscolare, legamentosa, sia l'effetto di quel complesso di alterazioni che colpiscono contemporaneamente i componenti articolari. È noto che le ossa che formano un'articolazione ed i muscoli che la controllano hanno di regola un'innervazione comune, sì che non è difficile ammettere che una lesione ossea influenzi i tessuti periarticolari.

Perciò l'aplasia del condilo esterno, la dimi-

nuita profondità della doccia trocleare, suscettibile di aumentare in seguito per mancato contatto rotuleo, il rilasciamento della parte interna dell'apparato legamentoso e l'atrofia del quadricipite, sono probabilmente lesioni all'atto della nascita concomitanti e variamenti associate, e che possono accentuarsi in misura diversa per influenza reciproca.

Questo spiega come nella maggioranza dei casi, se non in tutti, si trovi più di un'alterazione presente. È soltanto per il predominare di questa o di quella che vari AA. ne hanno elevato una singolarmente alla dignità di fattore primitivo dello spostamento. Nei casi personali è stato reperto costante l'appianamento dell'incisura trocleare e la spiccata atrofia del condile esterno: nel caso IV bastò un piccolo sforzo muscolare a gamba fissa per riprodurre la lussazione determinata la prima volta da un trauma di lieve entità. L'ipotrofia del quadricipite era presente nei primi tre casi.

I dati forniti dallo studio di questi pazienti sono talmente uniformi che mi pare non possano essere trascurati nell'apprezzamento dei fattori patogenetici della lussazione della rotula. Essi del resto corrispondono al reperto più frequentemente indicato dalla grande maggioranza degli AA. Resta da delucidare la ragione di queste alterazioni ossee. Se si ammette che l'aplasia del condilo esterno e probabilmente le alterazioni legamentose iniziali siano primitive — e il caso IV è troppo suggestivo per non essere addotto in favore di questa teoria — possiamo spiegarle soltanto ammettendo una deformità da mancato spazio o un arresto di sviluppo. Ipotesi che forse mascherano la nostra incapacità a risolvere meglio il problema, ma che non trovano per il momento una sostituzione più convincente. Arresto di sviluppo o deformità che colpisce talora ambedue le articolazioni (il 50 % dei casi la lussazione è bilaterale, nel caso IV l'alterazione dei capi femorali era bilaterale), talvolta una sola (casi I, II e III).

È probabile che qualche volta per speciali condizioni della vita intrauterina — oligoidramnios accentuato, briglie amniotiche, attorcigliamento del cordone ombelicale attorno agli arti, ecc. — le lesioni del ginocchio possono essere più gravi di quelle generalmente riscontrate nella lussazione congenita della rotula, arrivando fino alla torsione femoro-tibiale, al vagismo grave, e all'associazione con altre deformità (lussazione congenita dell'anca, piedi torti, ecc.).

La cura della lussazione congenita della rotula è chirurgica. Essa potrà essere ritardata finchè il paziente non accusa alcun disturbo e non deriva dalla sua deformità alcuna diminuzione funzionale dell'arto.

Il trattamento ortopedico consiste nell'applicazione di ginocchiere di cuoio o di tessuto elastico robusto: può applicarsi nelle lussazioni recidive e in quelle abituali. È inutile nelle lussazioni permanenti.

Senza enumerare tutti gli interventi eseguiti, molti dei quali sono caduti giustamente nell'oblìo, come quelli troppo radicali dell'asportazione della rotula (Fowler), e dell'artrodesi del ginocchio (Novè-Josserand), ricorderò che alcuni di essi sono diretti a correggere lo scheletro, altri l'apparato capsulo legamentoso o i muscoli. Talora due o più metodi vengono associati.

Le operazioni sullo scheletro più importanti sono:

a) L'osteotomia sopracondiloidea: utile come operazione complementare nei casi di valgismo grave concomitante. Come trattamento curativo richiede che l'arto sia posto in grado tale di varismo per ottenere una probabilità di successo, che porta a svantaggi evidenti.

b) Escavazione chirurgica del solco trocleare rivestendo la superficie cruenta con uno strato di grasso e di aponevrosi portatovi a contatto dall'alto. (Murphy).

c) Sezione del condilo esterno spostando in avanti la sua metà anteriore sì da sollevare il labbro esterno della gola trocleare. Il frammento così spostato è mantenuto in posto da un cuneo osseo trapiantato dalla tibia, e incastrato nella sezione condiloidea. (Albee).

Sull'apparato capsulo legamentoso si interviene con i seguenti metodi:

a) Capsulorrafia (Le Dentu, Hoffa, ecc.) associata ad escissione di un lembo ellittico dalla sua parte interna (Mènard, Wright, Bajardi).

Poichè la cicatrizzazione dei tessuti fibrosi si fa a mezzo di tessuto lasso areolare che facilmente si distende sotto sforzo, la recidiva è possibile dopo pochi mesi.

b) Capsulorrafia associata a plastiche aponeurotiche (Ruggi).

c) Spostamento interno dell'inserzione inferiore del legamento rotuleo (Roux, Durante).

A questa operazione alcuni rimproverano la incostanza del successo perchè viene ancorato il tendine ma non la rotula, e la possibilità di una diminuita potenza estensoria del ginocchio.

Dalla Vedova dopo aver liberato il margine esterno della rotula dalle inserzioni legamentose, senza aprire la capsula, seziona vertical-

mente il legamento rotuleo fissandone l'inserzione inferiore, staccata insieme a scaglie osteoperiostee, al condilo interno.

Mouchet e Durand fanno passare il tendine rotuleo e la tuberosità tibiale anteriore per una bottoniera capsulare e li fissano medialmente sulla tibia con una vite.

Gallie e Lemesurier hanno avuto risultato perfetto in sette casi fissando la rotula al condilo interno del femore a mezzo di una striscia libera di fascia lata. Questa benderella viene fatta passare ad ansa attraverso due sottili tunnel trasversali scavati nella rotula; i suoi estremi vengono spinti attraverso due fori praticati nel condilo interno e diretti in modo da incontrarsi alla profondità di circa un centimetro. Gli estremi liberi sono ribattuti e suturati a sè stessi a fibbia all'uscita dal canale osseo.

Sui muscoli, senza ricordare le tenotomie e gli allungamenti plastici sono state eseguite varie operazioni. La tenodesi transrotulea con il tendine del semimembranoso sezionato molto in alto (Ombredanne). I trapianti tendinei del vasto interno, di uno dei tendini della zampa d'oca, del retto anteriore, fissando il tendine sul margine interno della rotula in alto (Krogius, Solieri, Lanz, Wullstein, ecc.).

La miorrafia del quadricipite nella supposizione che esista lassità del muscolo (Tubby); ma è dubbio che un muscolo possa rinforzarsi con una sutura.

Galeazzi sezionato il tendine del semitendinoso il più in alto possibile lo fa passare per un tunnel sotto aponevrotico, e inciso il periostio del bordo interno della rotula, lo fissa nella doccia periostea così formata dal basso in alto. Ha avuto risultati eccellenti in 15 casi.

Metodi misti: al trapianto dell'inserzione ossea del legamento rotuleo è stata associata l'osteotomia sopra condiloidea (Tavernier); la capsulorrafia; la tenotomia a zig-zag del retto anteriore e l'osteotomia del condilo esterno (Tusini).

Pollard, alla Murphy unisce la capsulorrafia e la tenotomia del vasto esterno.

Camera, scoperta ampiamente la faccia anteriore del ginocchio, taglia un lembo quadrangolare dal rivestimento fibro-aponevrotico-capsulare della parte interna dell'articolazione e lo ribatte sulla rotula parzialmente cruentata. Sdoppia il tendine rotuleo trapiantandone la parte interna medialmente alla tuberosità tibiale anteriore.

Putti ha usato la plastica capsulare, la plastica ossea, la trasposizione del tendine rotuleo, la tenotomia, sia isolatamente sia associata.

Muzii usa anch'egli un metodo misto.

Quasi ogni operazione vanta dei successi e poichè anche le più semplici sembrano dare risultati duraturi, è giusto dare la preferenza a quelle che richiedono minori manovre intrarticolari.

***

Ringrazio vivamente i Primari S. Muzii e L. Urbani per avermi permesso la pubblicazione dei loro casi, e il Prof. U. Nuvoli per gli esami radiografici eseguiti.

RIASSUNTO.

L'A. riporta quattro osservazioni di lussazione congenita della rotula. Tre di esse erano esistenti dalla prima infanzia (due permanenti e una abituale); la quarta era una lussazione recidiva che per la grave alterazione congenita dei capi articolari e la scarsa entità del trauma che produsse lo spostamento della rotula, crede debba rientrare nel gruppo delle lussazioni da causa congenita.

Dato il reperto costante di spiccata atrofia del condilo esterno (unilaterale in tre casi, bilaterale nel quarto), di appianamento dell'incisura trocleare, e data l'assenza di altre deformità scheletriche in un grado tale da essere prese in considerazione, ritiene che per i suoi casi la genesi della lussazione della rotula debba attribuirsi all'aplasia del condilo esterno, associata probabilmente ad alterazioni primitive dell'apparecchio capsulo legamentoso.

BIBLIOGRAFIA.

BAJARDI. *Lussazione c. della rotula all'esterno.* Archivio di Ortopedia, 1894, pag. 209.

BERARD. *Luxation c. des deux rotules.* Lyon Méd., n. 49, pag. 880.

BILLON. *Luxation c. de la rotule.* Gazette des Hôpitaux, 1910, n. 41, pag. 575.

BROCA. *Subluxation de la rotule.* Ibid., 1912, pagina 13, n. 78.

CAMERA. Bollettino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia, vol. I, n. 2, febbraio 1931, pag. 72.

CODIVILLA. Archivio di Ortopedia, 1902, pag. 144.

DALLA VEDOVA. *La lussazione abituale della rotula* Ibid., 1902, n. 5-6.

DURAND e MOUCHET. *Traitement opératoire de la luxation complète irrédutible della rotule.* Journal de Chirurgie, 1921, tome 18, pag. 225.

DUNN. British Medical Journal, ottobre 10, 1931.

ESTOR. *La luxation c. de la rotule.* Revue d'orthopédie, janvier 1925.

FERRONI. *Trattato di Ostetricia.*

FALDINO. *Ricerche sullo sviluppo delle articolazioni.* Chirurgia degli organi del movimento, 1921,

vol. V, fasc. VI; 1922, vol. VI, fasc. I; 1923, vol. VII, fasc. III-IV.

Gallie e Lemesurier. *Habitual dislocation of patella.* American Journal of orthopaedic surgery, 1924.

Marziani. Archivio di Ortopedia, vol. 46, fasc. III, sett. 1930, pag. 797.

Molony. The Journal of bone and Joint surgery, 1927, pag. 480.

Wilms. *Trattato di Chirurgia.*

Solieri. *Sopra tre casi di lussazione della rotula.* Accademia dei Fisiocritici di Siena, serie IV, vol. 15.

Testut. *Trattato di Anatomia.*

Tavernier. Revue d'orthopédie, 1923, pag. 379.

Tixier e Patel. *Précis de pathologie chirurgicale,* vol. VI.

Zanoli. *La lussazione congenita della rotula.* La chirurgia degli organi del movimento, vol. 10, fasc. 1 e 2, dicembre 1925.

Ospedale Civile "C. e G. Mazzoni„ di Ascoli Piceno.

Sezione Chirurgica

Lussazione traumatica bilaterale delle spalle.

Dott. Severino Tirelli, chirurgo primario

Mentre le lussazioni traumatiche unilaterali della spalla, e soprattutto le varietà anteriori, ricorrono con grande frequenza, le forme bilaterali rappresentano una vera e propria curiosità clinica.

Vale per ciò la pena di spendere poche parole su di un caso recentemente da me osservato.

D. G. Costanza, massaia, di 46 anni. Ricovera nel reparto l'11 gennaio 1932. Non ha mai sofferto in precedenza nessun trauma. Il giorno avanti (10 gennaio), mentre scendeva le scale, ha sdrucciolato, andando violentemente a battere con i talloni di ambo le mani contro il muro di fronte del pianerottolo sottostante, mentre gli arti superiori erano completamente estesi e il tronco, in istazione eretta, gravava con tutto il suo peso su gli arti stessi. Ha provato subito un dolore fiero nelle spalle e non ha potuto più muovere le braccia.

Al momento dell'ingresso accusa ancora forte dolore, è incapace di compiere alcun movimento con le braccia e avverte intorpidimento e formicolio in tutta la mano sinistra e nelle prime tre dita di quella destra.

Obbiettivamente, la donna è di aspetto molto corpulento.

Gli avambracci sono tenuti flessi quasi ad angolo retto, i gomiti e le mani incrociate sul petto. Impotenza funzionale assoluta nelle articolazioni scapolo-omerali; le mani e i gomiti possono essere mossi un poco nel senso della flessione ed estensione.

Nessuna inclinazione laterale del tronco e del capo, che è mantenuto diritto sulla linea mediana e leggermente flesso in avanti.

I gomiti sono alquanto discosti dal tronco e gli assi degli omeri, prolungati, vanno a passare per il mezzo delle clavicole.

La rotondità della regione deltoidea è diminuita bilateralmente e gli acromion formano una certa sporgenza al di sopra dei deltoidi appiattiti.

Alla palpazione, le volte acromiali risultano vuote e le teste degli omeri si apprezzano nei due cavi ascellari.

Imprimendo dei lievi movimenti di rotazione agli omeri, a sinistra è percettibile una crepitazione ossea lieve in corrispondenza dell'estremo superiore.

Nulla di abnorme in ambo i lati a carico del polso radiale; la sensibilità nel territorio del ramo cutaneo del nervo circonflesso è pure normale d'ambo le parti, nè esiste alcun segno di lesione nei territori innervati dai nervi radiale, cubitale e mediano, così a destra come a sinistra.

La diagnosi clinica diretta di lussazione traumatica sottocoracoidea bilaterale degli omeri venne confermata dall'esame radiografico eseguito dal primario radiologo, dott. G. Savini, e mise altresì in evidenza una frattura parcellare della grossa tuberosità a sinistra.

Le lussazioni vennero ridotte, in narcosi eterea, col metodo della trazione nell'abduzione alta, secondo Mothe. e la riduzione fu controllata anch'essa radiograficamente

La paziente ha continuato ancora, per una decina di giorni, ad accusare delle parestesie nelle mani che sono andate a mano a mano scomparendo.

La lussazione traumatica bilaterale della spalla è una lesione straordinariamente difficile a vedersi.

Infatti il Pilz, della Clinica di Hildebrand a Berlino, non ne ha potuto raccogliere, in tutta la letteratura, che soli 56 casi, compreso il suo, in uno spazio di tempo che va dal 1847 al 1923. Cifra veramente esigua in rapporto alla straordinaria frequenza della lussazione traumatica unilaterale che rappresenta, secondo tutte le statistiche, il 52, il 54, il 55 % di tutte le lussazioni prese insieme (Krönlein, Bardenheuer, Cahier).

È bene premettere che, per lussazione traumatica bilaterale degli omeri, dobbiamo intendere esclusivamente quella che si produce contemporaneamente e per la medesima azione violenta in articolazioni in precedenza mai vulnerate o che, in qualche maniera, non abbiano perduto la loro normale resistenza ed elasticità.

È così che vanno escluse le lussazioni abituali pure d'ambo i lati; quelle bilaterali contemporanee nelle quali da un lato trattasi di una vera lussazione traumatica e dall'altro di una lussazione recidivante o abituale.

Infine, non vi devono essere inclusi quei casi nei quali la lussazione si stabilì in ambo i lati, ma successivamente, se pure con brevissimo intervallo di tempo prima nell'una e poi nell'altra articolazione come, per esempio, avvenne nei sei casi citati dal Lindemann. In

questi, si trattava di traumi che avendo prodotto la lussazione di una spalla, avevano determinato pure la caduta in terra del paziente che, per questo secondo accidente, riportava anche la lussazione dell'altra spalla.

Poichè non in tutti i casi pubblicati è esposto chiaramente il modo in cui si produsse la doppia lussazione, è probabile che il loro numero potrebbe fors'anche scemare un poco.

Esse sono state osservate in tutte le età della vita. Nei casi raccolti dal Pilz, l'età è indicata solo 30 volte e va dai 18 agli 86 anni.

Il sesso, in 46 casi, era rappresentato da 35 uomini e 11 donne; la proporzione (1:3) sarebbe perciò un poco più forte a carico del sesso femminile relativamente a ciò che avviene nelle lussazioni unilaterali, nelle quali le donne sono colpite quattro-cinque volte meno degli uomini.

Per la etiologia, le lussazioni bilaterali nella grande maggioranza si sono stabilite per una caduta, in avanti od indietro, sulle mani o sui gomiti. In altri casi fu determinata dall'investimento da parte di un muro che crollava (Zenker) o da una caduta dal letto (Güterbock), dalla caduta di un forte peso sul dorso mentre il tronco era fortemente flesso in avanti e poggiato sugli arti superiori estesi (Szczypiorski). Nel caso di Wörner la lesione fu determinata da una violenta elevazione delle braccia in un tentativo di mantenersi afferrata agli stipiti di una porta mentre il corpo cadeva pesantemente a terra. In conclusione, si può dire che qualunque momento etiologico capace di determinare una lussazione unilaterale può provocare quella bilaterale se agisce in modo eguale e nell'istesso istante su tutte e due le articolazioni scapolo-omerali, ad eccezione delle cadute sul moncone della spalla per ragioni evidenti.

La lussazione traumatica bilaterale può stabilirsi anche durante gli attacchi di epilessia (5 casi riferiti da Pilz) e durante le convulsioni da eclampsia puerperale (1 caso di Smith).

Circa il meccanismo, esso è quello delle lussazioni in genere della spalla, determinato perciò da forze vulneranti agenti in questa o in quella direzione e favorito dalla struttura anatomica dell'articolazione scapolo-omerale nella quale la superficie glenoidale rappresenta solo 1/3 o 1/4 di quella superiore della testa dell'omero, circondata da una capsula assai ampia, di modo che solo la tensione muscolare e la limitazione data dai legamenti forniscono i mezzi di arresto al lungo braccio di leva, mobile in ogni direzione, costituito dall'arto superiore. Si aggiunga che il labrum glenoidale può pareggiare fino a un certo punto la differenza di superficie tra la glenoide stessa e la testa dell'omero e sarà chiaro perchè questa sgusci facilmente da quella, per assumere la posizione abnorme corrispondente alla direzione della forza che la ha sollecitata.

In queste lussazioni bilaterali nella grande maggioranza dei casi furono osservate le lussazioni anteriori (33 casi), nelle loro singole varietà di luxatio subcoracoidea, axillaris, praescapularis e infraclavicularis, per seguire la classificazione di Kocher; in un caso (Bardenheuer) si vide una luxatio retroglenoidea e in un altro, pubblicato dall'Albert con reperto di sezione cadaverica, la luxatio supracoracoidea.

La grande maggioranza delle lussazioni bilaterali risultano della stessa specie in ambo i lati.

Su trenta casi, solo in quattro la lussazione era diversa; così tre volte fu veduta la luxatio infraclavicularis da un lato e la subcoracoidea dall'altro (Güterbock, Sullivan, Powers); in un altro (Hunter) la luxatio subcoracoidea a destra e la subglenoidea a sinistra.

Ma poichè questi quattro casi sono stati osservati e pubblicati nell'epoca preradiologica, nonostante la serietà degli autori, c'è da dubitare sulla perfetta identità tra il riscontro clinico e la vera forma anatomica. Nel caso di Hunter, ad esempio, lo stesso Pilz mette fortemente in dubbio l'autenticità della lussazione sottoglenoidea e propende a credere che siasi trattato di una luxatio axillaris.

Quanto alla sintomatologia e alla diagnosi, nel mio caso non ho rilevato nulla di particolare perchè i segni erano classici in tutti e due i lati. Nè nella letteratura si fa cenno di speciali rilievi. Il Wörner soltanto mette in evidenza nelle lussazioni bilaterali anteriori la mancanza della tendenza a inclinare la testa e il tronco verso un lato, come avviene nelle forme unilaterali. E in realtà ho potuto controllare la sua asserzione nella mia paziente. Ma non mi sembra però che tale rilievo debba esser degno del nome di sintoma, perchè è chiaro che, se nelle lussazioni unilaterali la testa e il tronco sono sollecitati sopratutto dal dolore, e quindi come atteggiamento istintivo, a inclinare verso il lato colpito, ciò non debba avvenire quando sono lese tutte e due le spalle e il dolore e la dislocazione dei capi articolari sono eguali e simmetrici.

Sarebbe ozioso insistere sulla sintomatologia e sulla diagnostica per le quali non v'è nulla che sia diverso da ciò che è consacrato in tutti i trattati classici per le forme unilaterali.

Lo stesso può dirsi della cura. La riduzione in tutti i casi fu ottenuta incruentemente con i vari metodi (Kocher, Mothe, metodo del calcagno) perchè si trattava di lussazioni recenti. Solo in un caso (Pilz) si dovette intervenire operatoriamente perchè la lussazione era inveterata, da circa 6 mesi.

Nel mio caso fu facilissima, forse anche perchè eseguita sotto narcosi alla quale fummo più che altro obbligati dalla impressionabilità della paziente e dalla sua intolleranza quasi assoluta al dolore.

RIASSUNTO.

Descrizione di un raro caso di bilateralità della lussazione traumatica della spalla; diagnosi clinica confermata dall'esame radiologico; riduzione facilissima, sotto narcosi.

LAVORI CONSULTATI.

CAHIER. *Lésions traumatiques des articulations.* In: LE DENTU et DELBET. *Nouveau T. de Chirurgie*, tome 6, Baillière, Paris, 1908.

EDEN u. NIEDEN. *Chirurgie d. Schulter.* In: *Handb. der prakt. Chirurgie* von GARRÉ, KÜTTNER, LEXER, V Band, 6 Aufl. Enke, Stuttgart, 1927.

PILZ. *Ueber doppelseitige traumatische Schulterverrenkungen.* Arch. f. Klin. Chirurgie, B. 123, 1923 (contiene quasi tutta la bibliografia).

SZCZYPIORSKI. Gaz. des Hôpitaux, juillet 1892.

WÖRNER. *Ueber doppelseitige traumatische Humerusluxationen.* Beiträge zur Klin. Chirurgie, Bd. 2, 1886.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le lesioni nervose dell'anemia perniciosa e la loro cura.

(A. GUALDI. *Il Morgagni*, 14 febbraio 1932).

Nel corso dell'anemia a tipo pernicioso possono insorgere a carico del midollo spinale delle manifestazioni nervose di lieve entità (e sono i casi più frequenti) che si accompagnano ad uno stato anemico grave che domina il quadro clinico o si può riscontrare una sindrome nervosa assai più intensa, una vera malattia midollare che può accompagnarsi ad anemia ma anche precederla da sola per lungo tempo; è la sclerosi combinata dal midollo spinale, la sindrome di Lichtheim. Essa è caratterizzata anatomicamente da una sclerosi pseudo sistematica parte a chiazze, parte compatta, che colpisce i cordoni posteriori e anterolaterali.

L'altro gruppo (forme nervose fruste, lievi degli AA. francesi) si distingue anatomicamente dalla sindrome di Lichtheim, perchè le lesioni anatomiche possono essere limitate esclusivamente ai cordoni posteriori ove la loro diffusione è irregolare, a chiazze poco estese. Se il processo è diffuso anche ai cordoni laterali, le lesioni si presentano anche qui irregolari, assai circoscritte.

Clinicamente la sindrome di Lichtheim è caratterizzata da disturbi di moto (diminuzione della forza muscolare, paresi e paralisi, disturbi della coordinazione) e di senso (parestesie, dolori, disturbi della sensibilità profonda e superficiale).

Nelle forme avanzate della sclerosi combinata del midollo spinale all'atassia, ai fenomeni spastici, succede una paralisi flaccida; i disturbi della sensibilità si aggravano, insorgono disturbi sfinterici, atrofie muscolari. Si può giungere fino alla paraplegia completa e la paralisi si può estendere ai muscoli dell'addome e del tronco.

La durata complessiva della sindrome di Lichtheim varia, secondo gli AA., da uno a tre anni.

Molto più frequenti ad osservare, anzi, secondo le osservazioni più recenti, presenti in ogni caso di anemia perniciosa, sono le forme nervose lievi, fruste. Il disturbo più frequente è dato dalle parestesie, precoci nella loro comparsa al pari della glossite di Hunter. La sede preferita dalle parestesie sono gli arti inferiori. Alle parestesie si possono aggiungere fenomeni motori lievi e lievi disturbi della sensibilità.

Quanto al rapporto che intercorre tra lo stato anemico e le lesioni del midollo, oggi la maggioranza degli AA. tende ad ammettere

che l'anemia, le lesioni del midollo spinale e secondo vedute recenti anche l'achilia gastrica siano dovute alla stessa causa, che può colpire isolatamente o contemporaneamente gli organi ematopoietici, il midollo spinale, l'apparato digerente.

Discordi appaiono le opinioni degli AA. circa la possibilità di combattere con successo le lesioni spinali con l'epatoterapia. Molti però dei pretesi insuccessi sono dovuti ad una cura mal condotta.

L'A., in base alla sua personale esperienza, afferma che l'epatoterapia apporta nelle lesioni nervose dell'anemia perniciosa effetti benefici, variabili secondo il periodo nel quale le lesioni nervose si trovano e il tipo che rivestono. I disturbi midollari recenti sono influenzati meglio di quelli di più lunga data.

Nelle forme recenti la cura del fegato può condurre ad una completa e totale scomparsa delle manifestazioni nervose, ma anche i disturbi midollari insorti da più tempo sono suscettibili di miglioramenti non indifferenti; e l'ottenere nelle forme nervose gravi che rivestono il carattere della sindrome di Lichtheim, anche il solo arresto del decorso, deve considerarsi un successo terapeutico di non poca importanza.

I disturbi a carico dei cordoni posteriori sono più facilmente influenzati che non quelli dati dalla lesione dei cordoni antero-laterali, però anche questi sono suscettibili di miglioramenti cospicui.

Le forme nervose lievi, fruste risentono prontamente i benefici della epatoterapia, scomparendo del tutto.

Per ottenere tali risultati è necessario riportare lo stato del sangue ad una completa normalizzazione il più rapidamente possibile, evitando qualunque recidiva; occorre dunque somministrare il fegato in sostanza o gli estratti a dosi intense, specie all'inizio, con estrema regolarità, senza alcuna pausa.

C. TOSCANO.

Le forme nervose della granulomatosi maligna.

(FAVRE, DECHAUME e CROIZAT. *Le Jour. de Méd. de Lyon*, 20 dic. 1931).

Le manifestazioni nervose della granulomatosi maligna sono al giorno di oggi classiche. Esse sono delle più varie; dobbiamo anzi tutto distinguere delle lesioni non specifiche e poi delle lesioni specifiche del tessuto nervoso.

Lesioni nervose non specifiche: si tratta anzitutto di lesioni meccaniche di vicinanza. 1) Possiamo avere una invasione del canale rachidieno in cui il tessuto granulomatoso può penetrare per gli orifici fisiologici cioè fori di coniugazione o della base cranica. Il granuloma può interessare l'osso stesso: in ogni caso si tratta di un tumore del canale rachidieno di morfologia e topografia variabile che comprime il nevrasse; 2) si può avere una infiltrazione della dura madre: ma questa anzi per lo più oppone una barriera insormontabile; 3) abbiamo infine le vere lesioni da compressione del nevrasse che non presentano nulla di specifico; 4) alcuni autori si domandano se non possa il granuloma esercitare una azione tossica sul nevrasse.

Favre avendo constatato una abolizione degli achillei al di fuori di lesioni nervose pensa ad una possibile azione tossica della malattia sulle radici rachidiene.

In complesso possiamo dire: il più spesso negli accidenti nervosi da granuloma maligno il nevrasse non invaso, non presenta che delle lesioni non specifiche di vicinanza, lesioni da compressione per la neoformazione che non perviene a sorpassare la barriera infrangibile che sembra costituire la dura madre.

Lesioni nervose specifiche della granulomatosi maligna: in qualche caso si ha vera invasione del tessuto nervoso: queste osservazioni sono purtroppo rare.

Anche in base a documenti personali che riportano, gli AA. dicono: 1) dapprima si ha una infiltrazione granulomatosa delle meningi molli; 2) si ha una vera invasione della sostanza nervosa per continuità. A contatto del granuloma meningeo lo strato nevroglico superficiale si ispessisce, diviene più largo, e pare tenti di formare una barriera. Ma il granuloma pare infiltrare la guaina esterna delle tuniche muscolari dei vasi e seguendo questi comincia ad affondare una radice nel parenchima nervoso. Il granuloma penetra quindi nei tessuti nervosi restando accantonato nelle formazioni connettive dei vasi nutritizi del nevrasse. Ma presto questa tappa è vinta, la guaina avventizia scoppia e si ha la vera invasione del tessuto nervoso vicino. 3) In qualche caso si possono ammettere (Hecher) vere metastasi granulomatose del nevrasse. Anche in questi nodi che si trovano in pieno nevrasse esiste al centro un vaso, onde sempre questi anche nel caso di vere metastasi a distanza, sarebbero gli elementi di guida. 4) Che cosa accade degli elementi nervosi davanti al granuloma? Le cellule granulomatose sembrano infiltrarsi isolatamente e disseminarsi nel parenchima nervoso che si modifica poco a loro contatto.

Le cellule neuronali presentano fatti degenerativi o di neuronofagia.

La neuroglia prolifera e si iperplasizza. Non sappiamo se gli elementi granulomatosi siano tutti importati per la via dei vasi o delle loro guaine, e siano tutti indiscutibilmente di origine connettiva, o se siano nati *in situ* dagli elementi locali del sistema nervoso.

5) Anatomicamente la forma *nervosa primitiva* della granulomatosi maligna non è stata constatata.

L'infiltrazione nervosa, quando essa esiste, è sempre secondaria ad un'altra localizzazione granulomatosa.

L'*esame clinico* ci mostra il carattere proteiforme delle manifestazioni nervose di cui il sustrato anatomo-patologico è così capriccioso.

Le manifestazioni cerebrali comportano i soliti segni neurologici di localizzazione o di ipertensione cranica associate o no a lesioni ossee.

Esse non hanno alcun carattere specifico. Questo manca pure alle localizzazioni midollari che rivestono l'aspetto di compressione midollare e simulano: m. di Pott, neoplasma rachideo, tumore meningo-radicolare.

Nessuna osservazione anatomo-clinica ci permette di ammettere una forma nervosa primitiva.

Lo studio di queste localizzazioni nervose del granuloma è anche interessante dal punto di vista pratico perchè ci permette di ricordare l'efficacia grande della roentgenterapia.

L. TONELLI.

Le crisi epilettiformi di origine pleuro-pulmonare.

(M. L. MARCHAND. *Gazette des Hôpitaux*, 16 dec. 1931).

Nel corso delle affezioni infiammatorie del pulmone possono verificarsi crisi convulsive a tipo epilettico. Ma le forme più caratteristiche di queste crisi si verificano più frequentemente in seguito ad un'irritazione pleurica o pulmonare provocata.

Più che di classici accessi epilettici si tratta di stati sincopali che si complicano con convulsioni o emiplegie.

Le crisi sono generalmente acute e si hanno in genere in individui che non hanno mai sofferto disturbi nervosi.

L'accesso può essere unico, ma di solito si ripete in serie e spesso conduce alla morte.

Si scatena nel corso di un intervento sulla pleura, dell'empiema, della semplice toracocentesi; dei traumi della pleura, della puntura pulmonare; durante l'iniezione di prodotti medicamentosi nella cavità pleurica; nel corso del lavaggio della pleura e del pneumotorace terapeutico.

Più di rado per provocare la crisi basta un semplice spostamento del liquido pleurico occasionato da un mutamento di posizione del corpo.

La crisi convulsiva sopravviene per lo più al momento dell'intervento, più raramente qualche ora dopo. Talvolta nell'istante stesso in cui s'introduce o si ritira l'ago il soggetto presenta uno stato sincopale con movimenti convulsivi.

L'accesso può iniziarsi con un dolore intercostale o alle spalle e anche con un'irritazione laringea provocante un attacco di tosse.

Spesso le convulsioni s'iniziano alla metà del corpo opposta a quella nella quale si è fatta la puntura toracica o l'insufflazione del pneumotorace artificiale, poi si generalizzano. Alle convulsioni toniche succedono quelle cloniche. Dopo l'accesso il soggetto rimane in coma per qualche tempo.

Qualche volta si sono constatate contratture generalizzate con deviazione coniugata della testa e degli occhi, talvolta emiplegie al lato opposto a quello dell'intervento oppure monoplegie, disturbi sensitivo-sensoriali, vaso-motori ed anche mentali.

In alcuni casi l'emiplegia con paralisi facciale e deviazione coniugata della faccia e degli occhi precede le convulsioni.

Spesso si ha la morte dopo le crisi, specie quando queste si ripetono a brevi intervalli.

Nei casi favorevoli il coma scompare rapidamente, ma i fatti paralitici possono durare settimane e mesi.

Per spiegare questi accidenti sono state supposte parecchie cause: l'isterismo traumatico, la tossi-infezione, l'azione riflessa, l'embolia gassosa.

Secondo la prima teoria le crisi convulsive sarebbero di origine emotiva. Si tratta però di una concezione non più sostenibile di fronte al fatto che i disturbi stessi presentano indubbî caratteri organici.

Secondo la teoria tossi-infettiva l'epilessia sarebbe scatenata dall'aumento dell'eccitabilità dei centri nervosi determinata dai prodotti settici assorbiti dalla pleura. Ma con questo meccanismo non si spiegherebbe l'improvviso inizio delle crisi, seguite da emiplegia, nel momento stesso dell'intervento sulla pleura o sul pulmone.

Secondo la teoria riflessa l'irritazione pleuropulmonare provoca eccitazioni cerebrali che scatenano la crisi. Questa teoria è sostenuta da molti autori.

Cordier e Garin potettero riprodurre negli animali crisi convulsive iniettando nella pleura sostanze irritanti (tintura di iodio, acido acetico). Secondo questi autori l'eccitazione si propagherebbe attraverso il vago, in quanto la vagotomia bilaterale o un'iniezione di morfina impedisce le crisi, mentre la sezione del frenico e del simpatico rimane senza effetto.

Thiroloix e Bretonville attribuiscono grande importanza all'azione del freddo sulla pleura.

L' eccitazione nervosa a punti di partenza pleurico insieme alla vasocostrizione pulmonare produce quella cerebrale, donde le crisi.

Si è notato che le pleure con aderenze o ispessite sono le più irritabili.

Secondo la teoria dell'embolia cerebrale le crisi sarebbero dovute a bolle d'aria penetrate nelle vene beanti del focolaio pulmonare e formerebbero embolie nelle arterie cerebrali.

Molti fatti clinici e sperimentali giustificherebbero questo meccanismo, ma la maggioranza degli autori propende verso la teoria riflessa che sembra la più logica e più adattabile alla quasi totalità dei casi.

Le indicazioni terapeutiche che si deducono da questa concezione patogenetica corrispondono ai rilievi sperimentali.

Per evitare i disturbi nervosi originati dall'eccitazione pleuro-pulmonare sarà prudente praticare l'anestesia locale o un'iniezione di morfina ogni qual volta s'interviene sulla pleura.

Durante le crisi oltre ai medicamenti che hanno la proprietà di abbassare l'eccitabilità dei centri nervosi, si propineranno vasodilatori ed in particolare acetilcolina a forti dosi.

DR.

La concezione attuale dell'acrodinia.

(M. PÉHU e H. JARRICOT. *Paris Médical*, 7 novembre 1931).

In questi ultimi tempi, ai sintomi cardinali dell'affezione, se ne sono aggiunti degli altri, che è interessante conoscere. Tra questi sono da citare: i disturbi muscolari, in forma di atonia accentuata, quale si osserva nelle encefaliti; le adenopatie periferiche, di notevole volume, ed evolventi di pari passo con la malattia; la temperatura febbrile, frequente all'inizio, e persistente talora per lungo tempo; le modificazioni del liquido cerebro-spinale, che molte volte presenta una iperalbuminosi apprezzabile.

Esistono poi delle forme attenuate, nelle quali i disturbi circolatori, e sopratutto l'eritroedema scompaiono poco dopo l'inizio dell'affezione, o si riducono al minimo, limitandosi a piccole zone cutanee di colorito rossastro più intenso, sempre però simmetriche e dolorose.

Si sono anche descritte associazioni morbose con poliomielite ant. acuta ed encefalite acuta a tipo epidemico.

L'anatomia patologica, nei rari casi sottoposti ad autopsia, ha mostrato lesioni del midollo e dei nervi periferici, ma, sopratutto, alterazioni di alcuni nuclei della base e di elementi ganglionari nella regione infundibolotuberale. Modificazioni patologiche si trovarono anche nell'apparato endocrino, specie nelle surrenali, e nei gangli del simpatico cervicale.

Simili lesioni non sono però caratteristiche dell'acrodinia, riscontrandosi anche in altre affezioni neurotrope, quali le encefaliti e nevrassiti.

Tutti gli elementi più importanti della sindrome acrodinica possono essere interpetrati come una disfunzione dell'apparato neuro-vegetativo leso nei suoi centri, vale a dire come una « distonia », riportandosi ciascun sintoma ad alterazione di una parte speciale del sistema.

Non sono sufficientemente convincenti le teorie fin qui formulate per spiegare la predilezione della malattia per la prima infanzia, dai 6 mesi al 5° anno di età.

In complesso si può ritenere che si tratti di una malattia infettiva, da virus ancora sconosciuto, neurotropo, che colpisce il nevrasse, con predilezione per la regione infundibulotuberale. Tra acrodinia, encefalite epidemica e poliomielite esistono poi dei legami geografici, anatomici e clinici, i quali tuttavia non depongono per una identità delle tre forme morbose, bensì per una probabile affinità.

Recentemente, infine, si è emessa l'ipotesi che l'acrodinia, alla stessa guisa delle altre due malattie, non sia che l'espressione di una infezione grippale.

M. FABERI.

Sindromi dei nervi cranici e partecipazione del simpatico nelle neoplasie del naso-faringe.

(BONNAHON. *Revue de Laryngol., Otol., Rhinol.*, maggio 1932).

L'A. ha compiuto uno studio anatomico, patologico e sintomatologico accurato al riguardo.

Gli oncomi maligni del naso-faringe, diffondendosi verso la base del cranio, provocano, quale fatto più caratteristico, la paralisi di alcuni nervi cranici, a livello degli orifizi di uscita. A seconda della sede e dei nervi interessati sono state descritte varie sindromi e cioè: sindrome del foro lacero-posteriore (paralisi del IX, X e XI paio); sindrome dello spazio retro-parotideo posteriore (stesso quadro, con partecipazione del simpatico cervicale); sindrome condilo-lacera posteriore (ancora stesso quadro, con partecipazione del XII paio); sindrome retro-sfenoidale (paralisi del II, III, IV, V e VI paio); sindrome tumorale di Lannois-Gradenigo (triade sintomatologica: paralisi del VI paio, nevralgia fronto-parietale da interessamento del V paio e otite media acuta suppurata); infine, sindrome paralitica unilaterale globale dei nn. cranici.

L'A. correda l'esposizione con tre casi clinici: 1° paralisi dell'oculomotore esterno e sindrome condilo-lacera posteriore; 2° paralisi dell'oculomotore esterno e nevralgia del trigemino del lato opposto alla lesione; 3° paralisi dell'oculo-motore esterno, nevralgia trigemina e sindrome condilo-lacera posteriore, con partecipazione del simpatico cervicale.

R. P.

Ganglioneuroma simpatico.

(M. Bergonzi. *Arch. per le Scienze Mediche*, lug. 1931).

Lo studio di un caso di ganglioneuroma simpatico ha dato occasione all'A. di fare una breve rivista dell'interessante argomento dei tumori simpatici in genere.

È noto come le cellule primitive del simpatico, chiamate *simpatogoni* da Poll, *cellule formatrici* da Wiesel evolvono verso le due forme adulte, cellula ganglionare simpatica e cellula cromo-affine, passando attraverso stadi intermedi che prendono il nome rispettivamente di simpatoblasti e di foecromoblasti. A questi vari tipi di elementi cellulari dovrebbero corrispondere altrettanti tipi di tumore ma nella pratica comune i tumori del simpatico vengono invece classificati in *neuroblastomi*, che comprendono i tumori embrionari non differenziati o con differenziazione gangliare; *paragangliomi*, che comprendono le forme ad evoluzione paragangliare; e *ganglioneuromi* che comprendono le forme adulte di elementi gangliari simpatici.

Queste tre forme si presentano alla osservazione con una frequenza varia dall'una all'altra. Fino ad oggi i casi descritti sono: neuroblastomi 74, ganglioneuromi 78, paragangliomi 31.

Il caso descritto dall'A. è, come spesso capita per tali tumori, un reperto di autopsia.

Si trattava di un uomo di 57 anni, inviato al tavolo anatomico con la diagnosi di emiatetosi. Nel cavo pleurico di destra, nella doccia costo-vertebrale, si notava, in corrispondenza della 3ª-4ª-5ª toraciche, la presenza di una massa del volume presso a poco di un'arancia, libera per la massima parte della sua superficie, adesa solo dal lato postero-mediale, rivestita nella parte sporgente dalla pleura, che essa sollevava. Cercando di liberarla si notò che essa era tenuta in sito da propaggini a cordoncino, due delle quali, più sviluppate ed evidenti delle altre, risultavano già ad un esame grossolano tronchi nervosi.

La massa è di superficie liscia e lucida, di consistenza duro-elastica, presentante al taglio una discreta resistenza.

Al microscopio il tumore si presenta circondato da una capsula costituita da fasci stipati di connettivo adulto, disposti in tre ordini: dalla faccia profonda di tale capsula si distaccano delle sottili trabecole, che invadono la compagine del tumore e, disponendosi a rete a larghe maglie, vengono a delimitare spazi di varia ampiezza. Insieme con queste trame si avanzano i vasi sanguigni, di numero e volume proporzionati alla massa del tumore, con parete il più delle volte jalina.

La massima parte del tumore è costituita da fasci di fibre contenuti negli spazi testè nominati, disposti in vari sensi quasi a formare dei plessi. Se si esamina uno di questi fasci in sezione longitudinale appare ondulato e disseminato di numerosi nuclei, mentre in sezione trasversa esso presenta il comune aspetto dei fasci di fibre amieliniche simpatiche rivestite dalle guaine di Schwann. Le cellule nervose sono assai scarse e si presentano in parte ben conservate, in parte mostranti evidenti caratteri regressivi. In diverse di queste cellule si vede uno o due prolungamenti uscire dalla capsula e perdersi nei fasci vicini dopo breve percorso.

Le caratteristiche dei fasci di fibre e quelle delle cellule dicono chiaramente trattarsi di un tumore di natura nervosa e più precisamente da attribuirsi al simpatico: ciò è confermato dalle colorazioni specifiche per i cilindrassi, cioè dall'impregnazione aurica e argentica secondo i metodi di Bielschowsky e Cajal.

Il caso descritto si presta a ben poche considerazioni degne di interesse: se si eccettua forse quella per cui l'età del paziente, l'assenza asssoluta nel tumore di elementi embrionali, il carattere di cellule adulte posseduto dalle poche cellule nervose presenti nel tumore, delle quali molte in preda a fatti regressivi, possono ritenersi elementi da invocare in appoggio della teoria avanzata da Cushing e Wolbach, che cioè i tumori del simpatico tendono ad invecchiare attraverso ad una evoluzione che rispecchia quanto avviene nella genesi del simpatico stesso.

In base a tale concetto nulla vieta di pensare che anche il tumore di cui qui si parla abbia rivestito in passato il quadro di una forma immatura del simpatico e che poi in virtù di tale capacità evolutiva, esso sia andato lentamente migliorando: al momento dell'esame lo si direbbe giunto all'ultima fase, cioè prossimo alla forma ultima e più matura di neuroma.

Questi concetti potrebbero anche servire a spiegare la sproporzione fra il numero delle cellule e delle fibre nervose nei ganglioneuromi adulti: nei diversi momenti della evoluzione di tali tumori prevarrebbero prima le cellule sulle fibre, poi cellule e fibre si eguaglierebbero in numero, ed infine le cellule cadrebbero in preda a fatti involutivi per scomparire gradatamente. G. La Cava.

ORGANI RESPIRATORI.

Trattamento della gangrena polmonare.

(F. C. Arrillaga, M. Mordeglia e A. Taquint. *La Semana Médica*, febbraio 1932).

Sieroterapia antigangrenosa. Molti AA. raccomandano la sieroterapia nel trattamento dei processi gangrenosi del polmone. Gli AA. non hanno però ottenuto risultati incoraggianti e fanno notare che, se i sieri antigangrenosi sono polivalenti, non corrispondono tuttavia alla flora di anaerobii che si trova nell'infermo,

a parte l'importanza che le moderne ricerche attribuiscono alle spirochete, sopra le quali i sieri non hanno alcuna azione.

I sieri antigangrenosi se costituiscono uno dei metodi di cura adiuvante, non possono da soli vincere la malattia.

Trasfusione. Costituisce un eccellente sussidio terapeutico in tutti i casi di grave aggressione tossi-infettiva con profondo decadimento dello stato generale. Usata in generale alla dose di 200-300 cc. di sangue passato direttamente dal datore all'infermo, oggi si tende, per evitare sgradevoli accidenti e per ottenere maggiore efficacia, a utilizzare quantità minori (80-100 cc.) ripetute con poche ore di intervallo. Gli AA. sono per le piccole quantità ripetute. L'infermo viene stimolato in tutti i suoi poteri difensivi.

Immunotrasfusione. Consiste nell'immunizzare il datore contro i germi che si vogliono combattere, a mezzo di un autovaccino o di vaccini preparati con germi simili. Conseguita l'immunità, si esegue la trasfusione nella forma abituale.

Trattamento arsenicale. L'azione fondamentale, secondo AA., degli spirilli sulla marcia invasiva della gangrena, giustificano il trattamento arsenicale che, oltre il potere spirillicida, offre il vantaggio dell'azione tonica ed eccitante delle difese generali. Gli AA. danno la preferenza agli arsenobenzoli e ritengono che la cura arsenicale non debba essere trascurata.

Pneumotorace. Per la sua applicazione nella gangrena polmonare, si richiedono condizioni, localizzazione del processo, mancanza di reazioni pleurali, ecc. in tutto simili a quelli indispensabili per la sua applicazione in qualunque altro processo polmonare.

Il collasso polmonare si deve mantenere per molto tempo, per ottenere la cicatrizzazione delle lesioni. Disgraziatamente questo non è sempre possibile. Nei casi così curati dagli AA. il processo distruttivo continuò.

Broncoaspirazione. È una terapia che deve essere tenuta in conto nel trattamento della gangrena. Per mezzo di aspirazioni si cerca di estrarre il contenuto delle cavità polmonari, liberando così l'infermo di una enorme quantità di sostanze tossiche. Facilitando il drenaggio naturale e dilatando i bronchi stenosati, viene aumentata l'areazione delle cavità putride e con ciò viene resa difficile l'azione degli anaerobi, così dannosi per i processi di difesa perifocali.

Lavaggio del polmone. Esistono numerosi metodi di lavaggio del polmone. Gli AA. descrivono il metodo di García Vicente. Messo l'infermo in posizione seduta con una pinza speciale, previa leggera anestesia, si introduce la sonda attraverso il laringe e la trachea. Si suole impiegare una sonda semirigida con orificio laterale. Un solo polmone deve ricevere l'azione del lavaggio, perciò, introdotta la sonda, si colloca il malato orizzontalmente sopra il lato che si deve lavare; l'altro polmone resta così assolutamente libero dalla corrente liquida. L'evacuazione del liquido si effettua attraverso lo spazio che resta fra trachea e sonda. Se la intensità della corrente è moderata, non si compromette la respirazione del paziente. Si fa passare uno o due litri di siero fisiologico alla temperatura di 38°. Alcuni AA. aggiungono, per maggiore efficacia, delle sostanze medicamentose (gomenolo al 5 %, eucaliptol, alcanfor 1-2 %, jodoformio 25 gocce, adrenalina, ecc.).

Questo metodo, realizzando il completo lavaggio delle cavità gangrenose, elimina la principale causa di tossi-infezione e permette l'azione locale dei medicamenti, gomenolo e jodoformio di preferenza. Non si deve adoperare nei casi di evoluzione acuta a focolai circoscritti, perchè si correrebbe il rischio di provocare una disseminazione.

C. TOSCANO.

Un nuovo campo d'applicazione del pneumotorace artificiale: la polmonite lobare acuta.

(G. HANAU. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 28 febbr. 1932).

J. J. Coghlan ha per primo esteso il pneumotorace artificiale alla cura della polmonite lobare acuta, applicandolo in sei casi.

In questa malattia la pressione chili-pleurica oscilla tra — 40 e + 40 e le variazioni successive alla introduzione di aria non sono regolari; inoltre la cavità pleurica assorbe l'aria con eccezionale velocità.

Alla istituzione del pnx artificiale segue una crisi caratterizzata da discesa della temperatura in poche ore, cessazione della dispnea e della cianosi, fenomeni di collasso; aumento dei cloruri urinari, diminuzione dei leucociti. Ma non appena, nel termine di poche ore avviene l'assorbimento dell'aria nella pleura pneumonitica, ricompare l'insieme dei sintomi di prima. Se però si tiene il polmone sotto l'azione del pnx per 48 ore, si riesce a stroncare il processo infettivo.

Secondo il Coghlan il pnx agirebbe separando le superfici pleuriche infiammate, eliminando il dolore e permettendo una facile respirazione; mettendo in riposo il polmone infiammato; limitando l'afflusso di sangue a traverso il polmone malato; dal che ne deriverebbe una diminuzione della anossiemia ed una opposizione al passaggio di tossine nel circolo generale.

La tecnica da seguire è questa: *a*) iniettare un'ora prima una fiala di morfina; *b*) praticare l'anestesia locale con novocaina; *c*) introdurre nella pleura cc. 400-600 di aria molto

lentamente; *d)* dopo 12 ore praticare altra introduzione di cc. 300-450; *e)* se il processo non è completamente domato fare una 3ª introduzione di cc. 100-150 dopo 12-18 ore.

Le complicazioni possibili sono le seguenti: piopneumotorace, collasso cardiaco, shoc pleurico, ascesso e gangrena polmonare, embolia polmonare, setticemia pneumococcica.

Dei sei malati trattati dal Coghlan uno solo morì, per insufficienza cardiaca e edema del polmone controlaterale. VICENTINI.

Irrigidimento artificiale del mediastino e mediastinografia.

(REHN. *Zentralbl. f. Chir.*, n. 47, 1931).

La funzione del cuscino adiposo che riempie la cavità mediastinica retrosternale è di assicurare un adattamento elastico alle modificazioni della cavità prodotte dal movimento del cuore, dei polmoni e dei grossi vasi. È noto il comportamento del mediastino mobile in casi di pneumotorace, cioè il suo spostamento verso il lato sano e l'influenza di tale spostamento sulla respirazione e sulla circolazione. Ora la clinica insegna che qualunque processo capace di condurre a un irrigidimento del mediastino offre una sicura protezione contro i temuti disturbi da spostamenti mediastinici.

L'A. ha potuto ottenere l'irrigidimento artificiale del mediastino e ha potuto dimostrare che è possibile con tale metodo di scongiurare i gravi disturbi circolatori consecutivi alla resezione sternale e al pneumotorace unilaterale aperto.

L'irrigidimento mediastinico viene ottenuto facilmente con l'iniezione di liquidi asettici, riassorbibili, non irritanti. Il più innocuo, sufficiente per più ore, è la soluzione fisiologica. Un effetto più duraturo, in rapporto al meno rapido riassorbimento, si ha con una soluzione di gomma al 5 %. Con un ago, introdotto dal giugulo e mantenuto a contatto col margine superiore dello sterno, riesce facile penetrare nel mediastino anteriore ed iniettare il liquido in quantità media di 50 cc.

Non è consigliabile iniettare maggiori quantità per evitare la diffusione alla pleura e al pericardio.

Se si arriva a una carica più alta della pressione mediastinica, questa si manifesta con un aumento di pressione delle vene periferiche; il che non ha grande importanza ma è bene evitarlo in certi malati gravi.

Le osservazioni dell'A. sono di natura sperimentale e clinica. In precedenti ricerche sperimentali aveva dimostrato che il pneumotorace aperto, in cani e conigli, viene sopportato molto meglio con l'irrigidimento artificiale del mediastino e l'osservazione radiologica dimostrò che lo spostamento del cuore in seguito a pneumotorace veniva notevolmente impedito dall'irrigidimento artificiale del mediastino.

L'uso di tale procedimento in clinica è ancora all'inizio. L'A. lo ha applicato in tre casi di toracoplastica, in un caso di chirurgia toraco-polmonare e in quattro casi di resezione sternale. In nessun caso ebbe a osservare disturbi respiratori e circolatori dopo l'iniezione; chè anzi i malati lasciavano il tavolo operatorio in ottime condizioni specialmente per la sanguificazione della cute e delle mucose.

La frequenza respiratoria in un caso di toracoplastica rimase invariata; negli altri due subì in 1ª giornata un aumento fino a 30-40. In un caso di sarcoma della parete toracica con infiltrazione nel polmone fu potuto asportare la parete toracica con annesso il polmone. Durante l'intervento il mediastino anteriore, precedentemente sottoposto a irrigidimento artificiale, si manifestava come un solido setto riempito di liquido e tale rimaneva anche dopo tolta l'iperpressione che era stata esercitata durante l'operazione. La frequenza respiratoria rimase costante di 30. Non cianosi postoperatoria. Il paziente pur avendo superato l'immediato pericolo postoperatorio morì per un'embolia della polmonare dell'altro lato.

Nei 4 casi di resezione sternale in cui ha praticato l'irrigidimento del mediastino, ha potuto osservare come tale metodo costituisca anche un valido aiuto perchè lo spiegamento del mediastino facilita la sua separazione dallo sterno ed evita con sicurezza le ferite della pleura e dei vasi.

In tutti i casi di chirurgia polmonare in cui occorre operare con iperpressione, il metodo è assai indicato come complemento di questa.

La mediastinografia può avere una grande importanza diagnostica perchè può fornire dati assai utili sulla forma, mobilità, retrazioni o spostamenti del mediastino anteriore e l'A. riporta in diverse figure i dati della sua esperienza clinica sullo studio radiologico del mediastino iniettato con sostanze opache. La tecnica dell'iniezione è la stessa: il liquido opaco è una soluzione di Abrodil al 20 %; se ne iniettano in media 10 cc., ma si può anche arrivare a 20 cc. senza pericolo. Escluso un lieve senso di bruciore l'iniezione è indolore, non ha azione secondaria, non influisce sul cuore, respiro e temperatura. Dopo 12 ore il liquido si riassorbe. Allo schermo l'ombra mediastinica appare circoscritta dietro il manubrio sternale, si muove coi movimenti respiratorî e cardiaci ed ha variazioni di forma dovute alle condizioni del mediastino in rapporto agli organi vicini. Tutti i processi che si svolgono nel mediastino anteriore importano un'immobilità assoluta dell'ombra mediastinica.

G. PACETTO.

Sifiloma bronco-polmonare, considerazioni cliniche e radiologiche.

(CH. ROUBIN (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 ottobre 1931).

L'A. ha osservato e studiato una forma un poco speciale di sifilide terziaria del polmone, nella quale la lesione ben localizzata in una regione polmonare determinata, venne esclusivamente messa in evidenza dall'esame radioscopico.

Si tratta di un uomo di 48 anni vecchio sifilitico confesso, il cui sifiloma primario risale a circa venticinque anni fa e che da una diecina d'anni ha trascurato ogni cura.

Verso la metà del 1929 essendosi ammalato con tosse e dolore al lato destro del torace fu sottoposto ad esame radioscopico il quale mise in evidenza una massa scura nella regione ilare destra.

L'esame degli sputi fu negativo.

Il malato entra in Ospedale il 9 agosto 1930; da due mesi ha di nuovo tosse, febbre e va dimagrando.

Presenta un aspetto cachettico ed emette abbondante espettorato muco-purulento.

La temperatura oscilla intorno a 38° C.

L'esame fisico del torace rivela soltanto un respiro enfisematoso ed alcuni sibili.

L'esame radioscopico fa scoprire una lesione che occupa tutta la regione iuxta-ilare inferiore destra: è una zona opaca, vagamente arrotondata, a contorni irregolari che non raggiungono la linea ascellare, nè la cupola diaframmatica.

L'esame degli sputi per la ricerca del bacillo di Koch è negativo e così pure l'esito di una inoculazione.

La reazione di Wassermann è fortemente positiva.

Viene iniziato il trattamento specifico con arsenobenzoli e cianuro di mercurio.

Dopo un mese le condizioni del p. sono migliorate, il peso è aumentato, la tosse e l'espettorato diminuiti.

Dopo un altro mese l'aspetto del malato è florido, egli non tossisce e non sputa più. L'imagine radioscopica però persiste immutata.

Nell'aprile 1931 il p., che ha ininterrottamente continuato la cura antiluetica trovasi in ottime condizioni generali.

Alla radioscopia si vede nell'angolo infero-interno del campo polmonare destro, una zona sfumata, velata a contorni indecisi, la cui opacità è molto meno accentuata che nei precedenti esami.

Fra tutte le visceropatie sifilitiche, la sifilide polmonare offre le maggiori difficoltà diagnostiche.

L'A. è giunto nel malato in esame alla diagnosi di probabile sifiloma polmonare, dopo avere scartato due affezioni molto più frequenti, la tubercolosi e il neoplasma.

Il trattamento specifico portando una rapida risurrezione nelle condizioni di salute dell'infermo confermò la diagnosi clinica ventilata.

Nè contro la veridicità di tale diagnosi può parlare il fatto che dopo un certo tempo dall'inizio della cura persistevano i segni radiologici immutati o quasi della lesione. Si tratta di un malato portatore di una lesione un po' vecchia e si sa che la cura specifica agisce su lesioni relativamente recenti e non è capace di trasformare miracolosamente un polmone già indurito e bronchiettasico in un polmone normale.

L'A. dopo ricerche bibliografiche eseguite ci informa che in un gran numero di casi, il sifiloma del polmone è una scoperta della radioscopia. I segni stetoacustici sono assenti o quasi ed è l'esame con lo schermo che permette di riconoscere una così importante lesione.

Il sifiloma bronco-polmonare è più frequente a destra che a sinistra: la sua sede è la regione ilare o l'angolo infero-interno dell'emitorace destro.

La forma dell'imagine radiologica, è molto variabile: vagamente arrotondata od ovalare o triangolare, i suoi contorni sono poco netti ed irregolari; la sua opacità non è omogenea.

Queste imagini non hanno niente di caratteristico e non è possibile descrivere una sindrome radiologica propria della sifilide terziaria del polmone. VICENTINI.

PROBLEMI DISCUSSI

L'idiosincrasia per il chinino e la sua cura.

(E. MANOUSSAKIS. *Paris Méd.*, A. 22. N. 5, 1932).

Casi d'ipersensibilità al chinino sono non del tutto rari e rappresentano talvolta un evento molto sgradito per il medico e un problema del più alto interesse dal punto di vista terapeutico, specialmente là dove per l'imperversare dell'infezione malarica alla terapia chininica si fa sistematicamente ricorso.

Accanto a fenomeni pseudo-asmatici o anginosi, non costanti, nel quadro clinico dell'idiosincrasia chininica han parte predominante le manifestazioni esantematiche. Fondamentalmente se ne distinguono due tipi: scarlattiniforme e orticariforme; il primo non sempre facilmente distinguibile dall'esantema scarlattinoso vero e proprio, chè, se la mancanza di enantema, di tachicardia, di febbre elevata di vomiti vale in genere a caratterizzare la forma pseudo-scarlattinosa dell'idiosincrasia chininica, casi si danno, e l'A. ne cita due personali, in cui il quadro dell'idiosincrasia chini-

nica simula perfettamente quello della scarlattina maligna ad inizio brusco, con esantema emorragico a morfologia e distribuzione le più tipiche, intenso enantema, febbre a 41°, polso a 120, molle, vomiti, confusione mentale.

Tre sintomi sono dall'A. elencati, atti a differenziare l'una dall'altra forma: la rapidità di diffusione dell'esantema chininico (generalizzazione in meno di un'ora), il variare d'intensità da un momento all'altro di questo esantema, la contemporanea diminuzione della pressione arteriosa (soprattutto della massima) e del numero dei globuli bianchi.

L'esantema orticariforme da chinino è in genere di facile diagnosi; talora s'accompagna a disturbi gastro-intestinali (coliche, senso di bruciore addominale, anale), a fatti respiratori (catarro oculo-nasale intenso con starnuti a salve, tosse stizzosa). Queste crisi orticariche in genere hanno decorso benigno; solo alcune rare volte intervengono fenomeni gravi quali dispnea intensa con senso d'angoscia estrema, edemi più o meno circoscritti, stato comatoso, che complicano e drammatizzano il quadro morboso.

Interessante nei riguardi dell'orticaria da chinino, anche ai fini terapeutici, è la sua differenziazione da quei rari casi di malaria con manifestazioni d'orticaria gigante, con o senza fenomeni pseudo-asmatici o pseudo-anginosi, di cui l'A. cita un esempio tipico. È necessario, di fronte a manifestazioni di tal genere in malarici, prospettarsi sempre la possibilità di un'eziologia malarica pura e semplice delle manifestazioni stesse, per non incorrere nell'errore di interrompere un trattamento chininico quando proprio alla terapia chininica si dovrebbe far ricorso per aver ragione dell'infezione e delle manifestazioni concomitanti, ad essa strettamente connesse.

Altro aspetto dell'idiosincrasia per il chinino è l'emoglobinuria da chinino, spesso confusa con la febbre ittero-emoglobinurica da malaria, la quale riveste carattere di particolare gravità.

Nei riguardi dell'ipersensibilità al chinino esiste innanzi tutto una cosidetta *dose di tolleranza*, che varia da qualche decimo di milligrammo a un grammo secondo i soggetti e nello stesso individuo da un momento all'altro, sebbene entro limiti ristretti, a seconda dello stato di salute in cui questi si trova. Sorpassata questa dose-limite, compaiono i disturbi e la loro intensità è in certa misura proporzionale alla dose stessa.

La rapidità con cui appaiono i vari sintomi è in funzione della rapidità d'assorbimento del medicamento; in genere però la crisi esplode nella prima ora dalla somministrazione del medicamento.

L'ipersensibilità al chinino è, almeno per l'idiosincrasia con manifestazioni cutanee, una disposizione congenita e dura probabilmente tutta la vita, mentre l'idiosincrasia con carattere emoglobinurico a lungo andare diminuisce, secondo l'A., e non è improbabile che guarisca totalmente; talvolta è altresì familiare, ma non ereditaria. Un ultimo carattere di queste crisi è l'identità del tipo delle manifestazioni morbose in uno stesso soggetto, per quante volte vengano provocate, prescindendo dal grado della loro intensità.

Quanto ai mezzi per ovviare a questi accidenti da chinino, l'A., dopo aver sperimentato senza successo tutti i medicamenti consigliati in simili casi, tutti i metodi di dissensibilizzazione conosciuti (somministrazione di dosi progressivamente crescenti, iniziando dalle più basse dosi), ha finito per applicare un suo metodo, scaturito dalla osservazione di più casi del genere a lui capitati. Constatò l'A. che il chinino provocava delle crisi ogni volta che era somministrato quando la dose data in precedenza era stata già eliminata e che al contrario veniva perfettamente tollerato quando era somministrato agli ammalati ogni giorno e prima che la dose assunta il giorno prima fosse eliminata. Condizione indispensabile per la tolleranza del medicamento appariva quindi la permanenza del medicamento stesso nell'organismo. Istituendo prove in vari ammalati ipersensibili, con lo scopo preciso di saggiarne la tolleranza al chinino in relazione col tempo di somministrazione (dosi frazionate a distanza di tempo varia fra loro), potè l'A. convincersi che veramente il mezzo migliore per evitare gli accidenti da chinino negli ipersensibili è di somministrare la droga prima che la dose in precedenza assorbita sia eliminata. Come condotta terapeutica in casi di malarici ipersensibili al chinino, qualunque sia la forma e la gravità delle manifestazioni morbose, egli propone: iniezioni di chinino (gr. 0,25) all'indomani della crisi, anche se ancora persistono alcuni disturbi, con intervallo di 6 ore fra una iniezione e l'altra, continuando con questo ritmo e aumentando la dose, se occorre, fino a guarigione completa del malarico. Se si ha a che fare con ammalati che hanno avuto la crisi qualche giorno prima, nei quali cioè all'atto del nostro intervento la dose di chinino che ha provocato la crisi è stata presumibilmente già eliminata, non è possibile evitare una nuova reazione, che seguirà a una nuova dose di chinino somministrata; sarà opportuno in tali casi far coincidere l'esplodere di questa reazione con un periodo interaccessuale e somministrare dose sì piccola di chinino da provocare una reazione non troppo violenta (gr. 0,10). La seconda iniezione seguirà a distanza più o meno breve a seconda dell'entità della reazione osservata e della sua durata, e così di seguito.

MOLINARI TOSATTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Traité d'anatomie humaine, sous la direction di A. NICOLAS. Vol. 1°, fasc. 1°, divis. 1ª. Un vol. in-8° di p. 668 con 393 figure. Edit. Masson & C.ie, 1931. Prezzo Frs. 130.

È questa la seconda edizione del trattato già diretto da P. Poirier e A. Charpy; è interamente rimaneggiata.

L'anatomia umana non è qui una scienza arida, puramente descrittiva e che tratta soltanto la materia morta; essa è posta in relazione con l'anatomia comparata, con l'embriologia, con la fisiologia, con le applicazioni alla semeiologia, alla patologia, alla clinica. Vengono rilevate, descritte, studiate con cura le variazioni. Ne risulta una trattazione di altissimo valore dottrinale. Essa comprova come oggi l'amore degli studi più elevati non sia inaridito, malgrado il parere dei pessimisti e degli scettici.

Questo fascicolo comprende una breve introduzione di L. Manontrier, sulla posizione, le finalità e le divisioni dell'anatomia; seguono le nozioni fondamentali dell'anatomia generale (istologia), raccolte da J. Verne; poi le nozioni generali di osteologia, a cura di J. Verne e M. Augier. La massima parte del volume (584 pagine con 305 figure) è destinata allo scheletro cefalico; tutta questa parte è dovuta a M. Augier; riguarda: 1° la craniogenesi; 2° la morfologia normale e le variazioni delle ossa craniche; 3° il cranio nel suo insieme e la craniometria. Il libro è corredato di copiosissime indicazioni bibliografiche (notiamo che vi hanno la loro parte gli italiani) e da un indice alfabetico delle materie. L. V.

A. TZANCK. *Immunité, intolérance, biophylaxie.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Frs. 35.

L'A. affronta con vedute originali il problema di varii fenomeni biologici (anafilassi, idiosincrasia, immunità, intolleranza, colloidoclasia, anergia, allergia, ecc.) riportandoli a meccanismi semplici, nei quali la parte più importante, più attiva spetta all'organismo.

Il libro, in fondo, è una rassegna dei grandi problemi biologici attuali con la tendenza a ben precisare l'essenza e fenomenologia di ciascuno di essi, delimitandone il concetto in modo da evitare le confusioni derivanti dall'assegnazione dello stesso nome a fenomeni diversi o di vari nomi allo stesso fenomeno. DR.

H. VIGNERON. *Manuel des calculs de laboratoire.* Un vol. in-16°, di 184 pag., con 45 fig. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo Frs. 10.

Questo libro è destinato a tutti coloro che intraprendono delle ricerche sperimentali; medici che desiderano interpetrare i risultati numerici di osservazioni cliniche, fisico-chimici che fanno delle ricerche nel dominio svariato della chimica fisica, biologi, chimici, ecc.

Qualunque sia l'oggetto della ricerca, i primi lavori personali posano su un certo numero di problemi secondari, di fronte ai quali l'individuo novizio è disarmato ed indeciso. Come verificare l'esattezza dei propri apparecchi di misura? Quale precisione si può sperare dai numeri sperimentali che essi forniscono? Quali correzioni sistematiche od accidentali si devono portare? Come scegliere, fra i diversi risultati di esperienza, quello che è più prossimo alla verità? Quale precisione si deve attribuire ad essi?

Fra i capitoli, segnaliamo: la teoria degli errori, la costruzione e la verifica degli apparecchi di misura, la rappresentazione grafica dei risultati sperimentali, l'interpolazione e l'applicazione delle formule teoriche ai risultati sperimentali, la semplificazione delle operazioni aritmetiche. *fil.*

E. SUAREZ PEREGRIN. *Manual tecnico de análisis clínicos.* II ed. Un vol. in-16° di 520 pag. Imp. ed. Urania, Granada, 1932. Prezzo Pes. 16.

Come tutti i libri veramente pratici, anche questo è sorto da appunti presi per la pratica di ogni giorno, che si sono venuti riunendo e completando. Soltanto quando si conoscono le difficoltà che possono presentarsi nelle analisi e si sono superate le incertezze a prezzo di prove e riprove, si possono licenziare libri come questo che possono così servire da utile guida a chi si accinge al delicato compito di analista.

Precedono alcune nozioni generali sull'analisi chimica applicata alla clinica, sulla tecnica batteriologica, sui principali germi patogeni, sulla tecnica istologica e parassitologica.

Seguono poi le analisi dell'urina, sangue, sputi, feci, latte, secrezioni genitali, essudati bucco-faringei, peli e squame, secrezioni diverse, ecc. ed, in un'appendice la prova di Aschheim-Zondek per la diagnosi biologica di gravidanza.

Il libro è stato molto apprezzato, tanto che in un anno è stata esaurita la prima edizione.

fil.

FACULDAD DE MEDECINA DE MADRID. LABORATORIO CENTRAL DE ANÁLISIS CLINICOS ETC. Director: Prof. G. PITTALUGA. *Trebajos 1931.* Madrid, 1931.

È una raccolta dei lavori originali eseguiti durante il 1931 nei laboratori diretti dal Pittaluga; concernono argomenti vari di patologia e di biologia e non pochi sono di speciale interesse. Segnaliamo i lavori di Mezquita, Vich e Rif Carbello sui « pleocariociti », elementi nuo-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

vi del sangue scoperti dal Pittaluga; le ricerche di Pittaluga sul trattamento dell'echinococcosi con l'antimonio; le ricerche di Gil Collado, le quali provano che il dittero « Je-Jen » di Fernando Po è la *Culicoides hostilissima* Pittaluga; e poi ancora uno studio di S. de Buen sulla latenza primitiva invernale della malaria; uno di Salas ed altri sulla reazione di Takata-Ara; uno di Cartaña sulla reazione di Henry; Contiño del Castillo si occupa dei corpi chetonici nell'anestesia chirurgica; Fanjul e Goyanes trattano dell'ipervitaminosi D; ecc. Complessivamente oltre una ventina di lavori avvalorano la fervida e feconda attività della scuola creata dal Pittaluga. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 30 aprile 1932.

Presidente: Prof. G. Boeri.

La malarioterapia nella paralisi progressiva e demenza precoce, provocata con iniezioni intrarachidee di liquor e di sangue di malarizzati. La malarizzazione endovenosa con liquor di malarizzati.

E. Mariotti e M. Sciuti. — Gli OO., in base alle esperienze fatte con il metodo delle iniezioni intrarachidee di liquor e di sangue di malarizzati e con la malarizzazione endovenosa con liquor di malarizzati, nella paralisi progressiva, e con il passaggio del virus malarico sempre con lo stesso sistema da individuo a individuo, allo stato attuale delle loro ricerche, non possono ancora affermare di aver prodotto un ematozoario neurotropo e perciò più attivo nelle malattie mentali che si avvantaggiano della malarioterapia.

I caratteri clinici della malaria ottenuta con i tre mezzi proposti non differiscono dai caratteri della comune malaria sperimentale. Gli OO. hanno ottenuto nella demenza precoce risultati favorevoli, per quanto il numero ancora scarso dei casi trattati non possa autorizzarli ad essere più espliciti nelle loro conclusioni.

Le ricerche degli OO. hanno dimostrato che il liquor spinale nella comune malaria sperimentale è infettante e cioè per mezzo di esso è stato possibile trasmettere il parassita della terzana, fatto che acquista una grande importanza per la biologia di questo plasmodio. Altre ricerche sono in corso per chiarire il problema abbastanza complesso.

Dalle indagini resta dimostrato che con iniezioni endovenose di liquor malarico e con iniezioni endorachidee di sangue e di liquor malarico, raccolti sempre durante l'accesso, è possibile riprodurre la malaria sperimentale. Le iniezioni endorachidee di sangue malarico in quindici casi di paralisi progressiva hanno dato buoni risultati dal punto di vista terapeutico, tenuto conto che i paralitici sottoposti a cura, si trovano tutti in fasi più o meno avanzate.

Le ricerche dimostrano che l'ematozoario passa dal liquido cefalorachidiano nel sangue, non può dirsi se superando la barriera ematica o quella meningea o tutte e due, e ciò anche quando, come nei dementi precoci, la barriera ematomeningea è integra.

Sul passaggio dei parassiti malarici nel liquido cerebrospinale e loro comportamento verso le candele porose.

G. Ascione e E. Mariotti. — Gli OO. hanno eseguito una serie di esperienze di filtrazione, attraverso candele Berckefeld W. ed N., col sangue e col liquido cerebro-spinale dei malarizzati, ricoverati nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Napoli. Il sangue ed il liquido cerebro-spinale furono prelevati durante l'accesso febbrile.

La inoculazione del filtrato nelle vene o nel liquido cerebro-spinale di altri infermi mentali riprodusse costantemente la infezione palustre tipica, sia per i caratteri clinici, sia per il reperto microscopico, e sia perchè la si potè trasmettere successivamente ad altri infermi, col sangue e col liquor degli inoculati col filtrato.

Sono in corso altre indagini, allo scopo di studiare se il potere infettante dei filtrati sia dovuto a condizioni speciali, oppure ad una vera e propria fase filtrabile attraverso la quale passa il parassita della terzana lieve nel suo ciclo di sviluppo asessuale.

Variazioni degli elettroliti del sangue nella ipoglicemia sperimentale da insulina.

A. Tarsitano. — Durante lo shock insulinico provocato in conigli con l'iniezione sottocutanea di 20-40 U. I., l'O. ha notato aumento del potassio, del magnesio, del cloro del sangue, costante diminuzione del fosforo inorganico e diminuzione non meno costante del calcio e del sodio.

Poichè il potassio abbassa la soglia di intensità dello stimolo minimo nei riguardi della eccitabilità neuromuscolare, mentre il calcio, viceversa, la eleva, l'O. pensa che l'aumento della potassiemia riscontrato nello shock insulinico abbia gran parte nella patogenesi delle convulsioni ipoglicemiche (e forse degli altri fenomeni ipoglicemici), coadiuvato spesso in tale azione dalla costante ipocalcemia.

Se ricerche più estese avvaloreranno tale modo di vedere, se ne potrà dedurre che la determinazione del tasso glicemico durante le cure con insulina è necessaria ma non è sempre sufficiente per escludere la possibilità di insorgenza di disturbi spiacevoli per l'infermo. Occorrerebbe, almeno quando si richiede l'uso di forti dosi di insulina, poter determinare il potassio ed il calcio del sangue, allo scopo di rilevare una eventuale tendenza alla iperpotassiemia ed alla ipocalcemia.

Il Segretario.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 7 aprile 1932.

Presidente: Prof. Paolo Pietra.

Prof. P. A. Meineri. — *Presentazione di casi.*

Dott. P. Sacco. — *Caso clinico di tbc. primitiva della mammella.*

Pneumotorace bilaterale (presentazione di casi).

Prof. G. F. Capuani. — Presentazione di due casi di pneumotorace contemporaneamente bilaterale con brillante risultato clinico. In una paziente il doppio pneumotorace è ormai istituito

da più di un anno e si è avuto scomparsa della febbre, della tosse e dell'espettorato. La spirometria è abitualmente di cmc. 1200. Le condizioni generali sono ottime sì che la paziente può ritenersi clinicamente guarita.

In un secondo paziente il doppio pneumotorace è stato istituito soltanto da un mese e la radiografia dimostra un collasso dei lobi superiori che erano sede di gravi lesioni cavitarie, mentre le basi indenni sono relativamente espanse e tali da permettere una capacità vitale di cmc. 1100.

L'O. espone alcune considerazioni riguardanti i concetti informatori del metodo, la funzione respiratoria, i criteri da seguire nella condotta della cura. Ritiene troppo basso il limite suggerito abitualmente per la capacità vitale, ritiene che riescano meno pericolosi i casi di pnx parziale per aderenze, e ciò contrariamente all'opinione di altri Autori.

Giudica che il metodo debba considerarsi come metodo di eccezione, e per i pericoli inerenti deve essere applicato a casi sicuramente non ricuperabili con altri metodi terapeutici, però in buone condizioni generali e soprattutto con una buona capacità respiratoria.

Espone ed illustra i radiogrammi dei due pazienti che vengono presentati all'assemblea.

Sindromi di sinusiti croniche.

Prof. M. LUPO. — L'O. dopo aver rapidamente passate in rassegna le numerose sindromi che attualmente si ritengono patogenicamente legate alle sinusiti croniche, come neuriti ottiche retrobulbari, certe forme di cefalea e di emicranie del tipo oftalmico, certe sindromi simpatiche, certe meningiti ed ipertensioni, molte forme di acromegaloidismo, ed anche di acromegalia senza tumore ipofisario, e molte sindromi dispituitariche, alcune diploiti, talora gravissime, ed infine, talune forme disostosiche, espone i concetti anatomici, clinici e radiologici che hanno portato a vedere un legame patogenetico fra tali sindromi e le sinusiti croniche latenti.

Essendo la concezione di sinusite cronica quasi esclusivamente legata al reperto radiologico (le statistiche anatomiche confermano la grande frequenza di queste forme per lo più mute per il rinologo), l'O., con la scorta di documenti radiografici, ne illustra le caratteristiche morfologiche.

In prossima seduta, in collaborazione col prof. VERCELLI, sarà presentata la casistica clinica in argomento.

Dott. E. GIUBERTONI. — *Aspetti radiologici dei diverticoli del duodeno.*

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 6 giugno 1932.

Presidente: Dott. F. DELAINI.

Il Presidente dott. DELAINI annuncia che la prossima seduta sarà dedicata alla *difterite e sua profilassi.*

Dott. FIOCCO. — Presenta un caso di *eritema pellagroide.*

Sull'avvenire delle donne affette da mola vescicolare.

Prof. VIANA. — Nella Maternità di Verona su circa 9000 fra parti ed aborti l'O. ha osservato 30 casi di mola vescicolare. Uno solo di questi ebbe esito letale immediato: trattavasi di donna di 52 anni morta per collasso, le altre donne sono tuttora viventi e sane: si noti che la prima osservazione risale a 20 anni or sono. Relativamente in pochi casi furono notate lesioni renali gravi: frequenti invece le emorragie; due esempi tipici di degenerazione cistica ovarica. Dodici donne ebbero in seguito una o più gravidanze a termine con feti vivi e sani, un solo caso di recidiva (tre volte) della mola: questo con quello di Muggia sono i soli casi pubblicati in Italia di M. V. recidivante. L'O. ha osservato un solo caso, a Venezia, di mola infiltrante e due casi di corioepitelioma, nè l'uno nè l'altro dei quali susseguì a mola vescicolare. Viceversa in nessuno dei casi di M. V. ha visto poi svilupparsi il corioepitelioma. Rileva piuttosto l'associazione e la successione in parecchi casi della insufficienza ovarica e ne discute i rapporti con la mola vescicolare.

Discussione: dottori OPPI, FIORINI, SEVERI.

Prof. ROSSI. — *Incertezze, errori ed impossibilità diagnostiche (note di casistica clinica).*

Discussione: prof. ARTOM.

Falso circolo vizioso da elmintiasi.

Dott. FIORINI. — L'O. illustra un caso in cui insistenti vomiti biliari insorti nella settima giornata dopo una gastrodigiunostomia e simulanti un circolo vizioso tardivo cessarono dopo eliminazione di un voluminoso ascaride. Insiste sulla opportunità di non trascurare il reperto di parassiti intestinali negli esami pre-operatori sia radiologici che di laboratorio.

Tubercolosi cutanea post-morbillosa.

Prof. ARTOM. — L'O. ricordati i concetti relativi alla azione riattivante determinata dal morbillo sulla evoluzione della tubercolosi, tratta della possibilità di localizzazione cutanea della tubercolosi post-morbillosa. Riferisce a tal proposito tre casi personalmente osservati: l'uno di lichen scrofulosorum, l'uno di tubercolidi papulo-necrotiche ed uno di lupus nei quali l'insorgenza della forma cutanea aveva sicuri rapporti di dipendenza con un pregresso morbillo. Tratta delle caratteristiche cliniche della tubercolosi cutanea post-morbillosa e da considerazioni diverse trae la conclusione che il fattore patogenetico di queste non possa differenziarsi da quello che è in causa nelle altre complicazioni tubercolari del morbillo e che in primo piano stia la sospensione dei processi organici di difesa contro l'infezione bacillare, di cui è indice l'anergia tubercolinica che accompagna il morbillo.

La formula leucocitaria locale nella cutireazione tuberlinica.

Dott. FIOCCO. — L'O. riferisce su di una prima serie di esperienze che dimostrano le variazioni della formula leucocitaria locale nella cutireazione tubercolinica intraprese col duplice scopo di avere un criterio più fine della semplice reazione macroscopica per giudicare della positività e del grado di positività della cutireazione e di chiarire

il meccanismo della reazione stessa. I risultati ottenuti mettono in evidenza una attiva partecipazione del sistema reticolo-endoteliale similmente a quanto dimostrarono alcuni Autori che ricercarono con altri mezzi e incoraggia a proseguire le indagini per poter trarre deduzioni più sicure anche dal punto di vista pratico.

Il Segretario.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del maggio 1932.

Ascesso corticale del rene.

Prof. FASANO. — L'O. riferisce brevemente su di un caso di ascesso corticale del rene destro, affezione non molto frequente e la cui rarità, secondo l'O., è dovuta specialmente alla difficoltà della diagnosi. Questa non si basa su di una sintomatologia molto ricca, ma essenzialmente sul contrasto fra i sintomi locali piuttosto tenui e la sindrome generale molto grave ed allarmante.

La prognosi è molto grave e dipende dalla precocità della diagnosi.

Riguardo alla terapia basta la semplice decapsulazione del rene e drenaggio della loggia perirenale ad ottenere la remissione della impressionante sintomatologia generale e la conseguente guarigione.

Prof. BOSIO. — *Caso di orchite pneumococcica in bambino lattante.*

Prof. DEBENEDETTI. — *Trattamento incruento delle emorroidi.*

Rottura spontanea di milza in corso di malarioterapia.

Dott. CURRADO. — L'O. riferisce il caso di un uomo di 30 anni, affetto da una sindrome nevrologica di data relativamente antica e riferibile con probabilità ad una sclerosi a placche, nel quale venne tentata la malarizzazione terapeutica. Durante l'acme di un accesso febbrile (il VII), il p., che non aveva manifestato nessun segno premonitore, fu visto scendere improvvisamente dal letto accusando un bisogno corporale e, fatti pochi passi, cadere a terra morto.

L'autopsia dimostrò un imponente versamento emorragico (oltre 2 litri) nel cavo addominale. La milza era ridotta ad un cencio spappolato, come in seguito ad uno scoppio.

L'O. segnala la rarità di una simile evenienza: si tratterebbe infatti del 15° caso riferito nella letteratura.

Corpo estraneo nella vescica.

Dott. LENTI. — L'O. riferisce su un corpo estraneo, costituito da un cilindro di cera di 4 mm. di diametro introdotto a scopo di masturbazione attraverso l'uretra di un giovane di 17 anni, e che aveva inizialmente dato una sindrome pielocistitica. Il corpo estraneo dovette essere asportato con la epicistotomia, dopo inutili tentativi di presa con la pinza del cistoscopio operatore, cedendo la cera alla pressione delle branche della pinza.

Il Segretario: Dott. A. SALVINI.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 16 aprile 1932-X.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Sulle perforazioni delle ulceri gastro-duodenali.

Prof. ALESSANDRI. — Riferisce su 37 casi; accenna all'importanza assoluta della dimostrazione di aria libera nel cavo peritoneale, che si può ricercare anche con la radioscopia. Per determinare la sede precisa della perforazione venne talora somministrata per os, prima dell'intervento una sostanza colorante (metodo di Gibson).

In 16 casi su 27 operati fino al 1929, ha eseguito la sola sutura con affondamento dell'ulcera, in 11 venne aggiunta la gastrodigiunostomia: guarigione nel 60,7 %.

In altri 10 casi operati dopo il 1929 sono state praticate 6 resezioni (4 guarigioni), 3 gastrodigiunostomie previa sutura e affondamento dell'ulcera (2 guarigioni) ed una sutura con affondamento (morte).

In questi ultimi tempi venne eseguita la resezione gastrica in tutti quei casi che lo permettevano le condizioni generali del p.

Venne all'operazione un caso in cui oltre all'ulcera duodenale perforata, vi erano altre tre ulceri dell'antro di cui una perforata.

Dott. COLOMBO. — *Sopra un caso di torsione cronica isolata del colon ascendente e di rara fossetta retroduodenale (osservazione occorsa durante una dissezione anatomica).*

Stenosi duodenale bassa.

Dott. COGGI. — Il p. venne operato di lisi delle aderenze fra la prima ansa digiunale ed il mesocolon trasverso e di resezione gastroduodenale sec. Reichel-Polya.

Prof. M. NEGRO. — *Rene policistico e pielografia retrograda e endovenosa.*

Su tre casi di frattura patologica dell'omero.

Dott. A. BOBBIO. — In un caso la frattura era stata provocata dalla presenza di una cisti ossea (bambina di sei anni); in un secondo era dovuta ad una osteomielite cronica non tubercolare; in un terzo caso avvenne in un individuo affetto da siringomielia.

Conclude sulla necessità dell'intervento il più radicale possibile nei casi in cui la frattura avvenne da causa locale. Consiglia di essere molto riguardati nella prognosi *quoad valetudinem.*

Prof. A. BERTOCCHI. — *La diagnostica per mezzo del lipiodol nello spazio peridurale.*

Seduta del 30 aprile 1932-X.

Presidente: Prof. UFFREDUZZI.

Sulla istero-salpingografia

Prof. L. DI NATALE. — Usando l'isteromanometro del Béclère, non ebbe alcun inconveniente; con questo mezzo potè stabilire la forma, la situazione ed anche il volume dell'utero e delle trombe per constatare ed alcune volte scoprire le malformazioni uterine; inoltre ebbe la possibi-

lità di studiare la contrattilità e il tono dell'utero e delle ovaie. Lo studio della permeabilità tubarica coll'iniezione di sostanza opaca è sicura e precisa.

Sul trattamento dell'anchilosi temporo-mandibolare.

Prof. B. ROCCIA. — Il caso venne trattato con la sola resezione ampia dell'osso e senza l'interposizione di parti molli; a questo seguì un trattamento ortodontico per correggere le anomalie di posizione dei denti del mascellare super. fortemente protrusi.

Seduta del 14 maggio 1932.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Prof. D. BARGELLINI. — *Artroplastica del ginocchio.* — Intervento di alta chirurgia ortopedica.

Intervento per diverticolo del duodeno all'angolo duodeno-digiunale.

Prof. M. DONATI. — Si trattava di una vera e propria formazione diverticolare diagnosticata radiologicamente; il p. aveva presentato una storia di ulcera duodenale e nella prima porzione duodenale si trovò difatti all'intervento una cicatrice, visibile sulla faccia anteriore del duodeno. Il diverticolo venne asportato legando con seta il peduncolo alla base e suturando a due piani trasversali il duodeno.

Prof. O. UFFREDUZZI. — *Un calcolo della cistifellea di insolito aspetto e di rara composizione.* — Caso interessante per la eccezionalità del reperto (consistenza molliccia; 95 % di carbonato calcare).

Dott. A. FOÀ. — *Importanza dell'indagine radiologica in alcuni casi di calcolosi del coledoco.* — Due casi di calcoli colesterinici con corteccia calcarea messi in evidenza senza uso di sostanze di contrasto.

Tecnica dell'esame della funzione motoria della vescica.

Dott. E. RAGNOTTI. — L'O. pone in rilievo come l'esame citometrico può avere notevole utilità nella fine diagnostica urologica, per porre in evidenza lo stato funzionale della musculatura. Data l'indagine può dipendere l'esito di intervento sulle basse vie urinarie e può costituire anche elemento utile all'indicazione del tipo di intervento.

L'importanza della funzione renale nella insufficienza postoperatoria del fegato.

Prof. STROPENI. — Dimostra che la quantità di acetone eliminata nelle urine negli operati di fegato, non corrisponde affatto alla quantità di acetone che si accumula nel sangue; dai suoi studi si può dedurre che in certi casi di grave insufficenza epatica, l'acetone viene tutto facilmente eliminato per via renale ed in questi ammalati non compare nessun sintomo di acidosi, mentre in altri con scarsa eliminazione di corpi chetonici si possono avere accumuli di essi nel sangue da portare a morte il p.

Il fenomeno si riscontra anche nel coma diabetico: esso insorge non tanto per l'aumento della produzione di corpi chetonici, quanto per il comparire di una insufficienza dei reni che permetta ai chetoni di accumularsi nel sangue.

VILLATA.

Società Medico-Scientifica del Centro Sanatoriale di Arco.

Seduta del 29 maggio 1932.

Presidente: Prof. C. ARRIGONI.

Il PRESIDENTE commemora il Socio defunto dott. ALBERTO PARENTI.

L'auroterapia nella tubercolosi polmonare.

Prof. U. CARPI. — L'O., esposti brevemente alcuni cenni storici sull'auroterapia da Paracelso a Koch, Martinotti, Bruk e Glueck fino a Feldt e Möllgard, sostiene come i preparati d'oro non abbiano, come in principio si credeva (« era sanocrisinica ») un'azione sterilizzante.

L'auroterapia è una cura esclusivamente di stimolo che agisce sul sistema reticolo-istiocitario dell'organo malato e non già una cura sterilizzante nel senso classico di Ehrlich.

Indicazioni dell'auroterapia sarebbero, secondo l'O., le forme subacute, circoscritte; le forme a decorso cronico con poussées evolutive; i pnx artific. per prevenire le pleuriti essudative e come cura nelle forme evolutive iniziali controlaterali; il lupus.

Complicazioni si possono avere a carico dell'apparato digerente, del fegato, dei reni e della cute. Le complicazioni cutanee son però rarissime ed in rapporto molto probabile ad uno stato di saturazione dell'organismo.

Preparati migliori sono — secondo l'O. — i sali organici di oro con un radicale solforico. Le dosi debbono essere sempre piccole e ripetute; si inietteranno prima dosi minime per saggiare la reattività costituzionale dell'individuo, in seguito si potrà aumentare la dose a seconda della reazione individuale; in nessun caso son da superare i 20 ctgr., sufficiente una cura prolungata anche con soli 5-10 ctgr.

Attenendosi alle indicazioni suesposte ed usando piccole dosi e ripetute, si possono con l'auroterapia ottenere dei buoni risultati, per cui — secondo l'O. — bisogna sempre tentarla.

L'O. illustra infine alcuni casi della sua numerosa casistica nei quali ha ottenuto dei risultati veramente soddisfacenti.

Il Segretario: Dott. G. DECLEVA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La leggenda dell'aerofagia.

Ch. Jacquelin (*Bull. médical*, 26 marzo e 2 aprile 1932) osserva che lo sviluppo della nozione di aerofagia si basa su una serie di confusioni, mentre l'aerofagia è un fenomeno del tutto fisiologico.

I fatti patologici riuniti sotto il nome di aerofagia non dipendono se non in casi eccezionali dal meccanismo dell'aerofagia stessa. Il più spesso, invece, sono in rapporto con un disturbo del peristaltismo e specialmente della tonicità delle pareti dell'esofago, dello stomaco o del colon, all'infuori di ogni deglutizione patologica di aria.

L'A. consiglia di riunire tali fenomeni sotto una denominazione che non faccia richiamo a qualsiasi meccanismo produttore e propone pertanto quella di *dispneumatosi gastro-colica;* questa, però, non costituisce una malattia, ma bensì un sintoma il quale, a sua volta, può assumere uno sviluppo esagerato e provocare delle complicazioni.

Soprattutto, l'A. mette in guardia contro la falsa diagnosi di aerofagia in anginosi, nei quali la crisi termina con delle eruttazioni; il radiologo conferma la diagnosi, in quanto che la sacca ad aria gli sembra aumentata. La morte improvvisa che si è notata in diversi casi del genere infirma la diagnosi di aerofagia.

Il sintoma può essere dovuto a parecchie cause; la dispepsia di origine colecistica è quella che realizza al massimo le condizioni per la sua produzione ed in cui l'eruttazione è più frequente; la radiologia mostra in tal caso la frequenza dello spasmo specialmente di quello mediogastrico. Altre affezioni gastro-duodenali e gli spasmi esofagei possono essere in causa. Neppure l'elemento *a juvantibus* può essere addotto a favore dell'aerofagia, perchè il bismuto ed i bromuri possono agire sugli elementi che stanno alla base del sintoma.

La diagnosi e la terapia, pertanto, non debbono secondo il detto A. arrestarsi al solo sintoma, ma considerare le varie affezioni che possono produrlo. *fil.*

Acloridria nella pellagra.

J. B. Guthrie (*Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1° marzo 1932), passato in rassegna gli autori che hanno studiato sia qualitativamente che quantitativamente la secrezione gastrica nella pellagra, riferisce i risultati di 196 osservazioni personali. Da queste risulta che mentre in un piccolo numero di soggetti si ha ipercloridria, nella maggioranza dei casi si ha diminuzione o scomparsa dell'acido cloridrico libero nel succo gastrico. L'A., pur non volendo dare alle sue ricerche un valore assoluto, dice che, nei casi da lui studiati i pazienti con ipercloridria presentavano un decorso della malattia benigno, mentre molto riservata era la prognosi dei soggetti con acloridria completa. M. PONS.

Cura razionale dell'atonia gastrica.

Se ne occupa G. Lyon (*Le Bulletin médical*, 12 marzo 1932). L'atonia gastrica ha un'individualità clinica e radiologica. Può essere congenita (nei soggetti con muscoli flaccidi) e si confonde colla ptosi e può essere acquisita per cause locali (alimentazione troppo abbondante) e per cause generali (infezioni, vita sedentaria, emozioni deprimenti ripetute, strapazzo intellettuale).

Per la cura, qualunque sia la causa bisogna prescrivere un regime che, pur assicurando una nutrizione sufficiente, non rappresenti un sovraccarico dello stomaco, quindi regime misto comprendente carne, pesce, uova, legumi secchi e freschi, riso, patate, frutta cotta, formaggi freschi e cotti. I pasti devono essere poco abbondanti, magari ripetuti. Bisogna abolire grassi, fritti, salse, antipasti, pane fresco, bevande gassose. L'acqua dev'essere ingerita in scarsa quantità. Un po' di vino è ben sopportato. Utile l'ingestione di bibite calde 4 ore dopo ogni pasto. Dopo i pasti il riposo è indicato, però alcuni si trovano bene colla deambulazione.

Inoltre bisogna fare ginnastica, sports poco faticosi.

Può essere utile l'idroterapia, meno utile è il massaggio.

A volte si ha giovamento dalla riflessoterapia, o dall'elettroterapia (correnti galvanofaradiche, scintilla statica, diatermia), o dall'attinoterapia.

Classica è la cura colla stricnina; qualcuno consiglia l'ipecacuana, altri gli amari. G. Lyon preferisce il cloruro di magnesio in compresse di 0,60 gr. (due compresse per volta prima del pasto di mezzogiorno) o in soluzione. Fiessinger consiglia l'acido fosforico. Secondo Mennier la diluizione del contenuto gastrico con soluzione di lattosio (in una tazza d'acqua calda mettere lattosio gr. 180, bicarbonato di sodio 16 e citrato di sodio 4) è consigliabile. A volte è utile l'estratto posteriore d'ipofisi e anche il tartrato di ergotamina.

L'A. ritiene, come conclusione della sua vasta esperienza, che non si devono mai disprezzare sistematicamente le medicine suindicate, ma esse devono essere in seconda linea di fronte alle cure fisiche e igieniche.

R. LUSENA.

Ileo paralitico complicante l'aerocolia.

M. Thévenard comunica alla Società di Chirurgia di Parigi (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n. 1-2, 1932) due casi di aerocolia con sindrome occlusiva per ileo paralitico, in uno dei quali fu spinto ad intervenire per incertezza di diagnosi.

Nel 1° caso si trattava di un uomo di 40 anni, con addome molto meteorico, teso, ma trattabile ed indolente; non singhiozzo nè vomito, arresto di feci e gas, polso ottimo, temperatura normale. Dopo 48 h. persistendo il quadro suaccennato, si pensa di intervenire, ma sopraggiunta la moglie racconta che spesso in passato aveva avuto simili disturbi, cessati spontaneamente dopo qualche giorno e che era un grave nevropatico. L'infermo aveva sempre risposto a monosillabi e con segni di irrequietezza. Si soprassede all'intervento ed il giorno dopo, la sindrome scompare poco per volta e senza emissione di gas.

Il 2° caso interessava una giovane inviata al chirurgo perchè occlusa da 48 h., con scarsi dolori all'inizio.

L'addome è meteorico, teso, indolente, l'esplorazione rettale è negativa, non febbre, ottimo stato generale, non vomiti. Fatta diagnosi di aerocolia il lavaggio gastrico, la sonda rettale, la posizione genupettorale non modifica il quadro. Si attende sino alla sesta giornata in cui si ritiene prudente esplorare l'inferma in anestesia locale; l'intervento conferma la diagnosi e l'ano iliaco S. praticato non da esito nè a gas nè a liquidi, e l'inferma migliora lentamente nei giorni seguenti, senza emettere grandi quantità di gas ed aiutata da qualche iniezione di pituitrina.

In questi 2 casi non si è trattato di semplice aerocolia, complicazione banale dell'aerofagismo in cui il meteorismo è segmentario, sul decorso della cornice colica, della durata di qualche ora e svanisce bruscamente con l'emissione rapida di enormi quantità di gas. Per il meteorismo generalizzato, per l'inutilità del lavaggio gastrico e della sonda rettale, per la durata della sindrome e sua scomparsa in modo lento e senza emissione di gas si deve pensare ad un ileo paralitico, affezione che rientra nel capitolo della *timpanite isterica*.

R. Grasso.

Emicolectomia destra per stasi ceco-ascendente.

E. Vandeput (*Le Scalpel*, 10 gennaio 1931) in un caso di costipazione inveterata del tipo ceco-ascendente per mobilità anormale del ceco e del colon ascendente e per alterazione del meccanismo muscolare, dato il carattere permanente della stasi e l'esistenza di lesioni parietali del ceco-ascendente, eseguì la emicolectomia destra ed unì, con un'anastomosi latero-laterale, l'ileo al trasverso. I risultati immediati dell'operazione furono eccellenti e l'ammalato lasciò l'ospedale 17 giorni dopo l'intervento; in relazione però al deficit di riassorbimento acquoso creato dalla colectomia destra, le emissioni fecali erano frequenti. Nove settimane dopo le condizioni del malato erano molto migliori, aveva in genere due scariche al giorno, con feci già consistenti ma insufficientemente secche. Dopo 17 mesi la guarigione poteva essere considerata completa, le funzioni coliche erano perfette. Un esame radiologico dimostrò che il segmento di ileo unito al trasverso aveva subìto un adattamento particolare per cui aveva assunto una morfologia colica. Il pratico potrà indirizzare al chirurgo i casi congeneri.

C. Toscano.

Appendicite acuta e strozzamento dell'ileo.

R. Palma (*Archivio italiano di chirurgia*, settembre 1931) riferisce un caso di appendicite acuta con strozzamento dell'ileo e con ectopia cecale megacolon e megaileo presentatosi in una donna di 37 anni che fino all'età di 20 anni non aveva avuto disturbi. L'operazione è consistita in una appendicectomia, nella asportazione della membrana di Jackson che esisteva e nella sezione di una briglia mesenteriale che angolava in basso l'ultima porzione dell'ileo.

Alieri.

Il sistema nervoso vegetativo nei colitici.

A. Allodi e G. De Mattia (*Giorn. accad. medicina Torino*, ott.-dic. 1931) studiando con i metodi consueti il sistema nervoso vegetativo nei colitici, hanno riscontrato in quasi tutti l'esistenza di vagoestesia generale, accompagnantesi per lo più anche ad un vero aumento dell'eccitabilità vagale.

La colite si sviluppa di preferenza sul terreno della vagotonia e tale stato di vagotonia è utile per la spiegazione di alcuni sintomi riscontrabili nella colite, quali l'abbondanza delle scariche in caso di diarrea e la costipazione in caso di colite spastica.

La vagoestesia, inoltre, determinando disturbi funzionali a carico della motilità e della secrezione intestinale, favorisce l'azione di altri fattori. Essa, ad ogni modo, ci rende ragione della utilità di impiego a scopo terapeutico di sostanze che inibiscono il vago od aumentano il tono del simpatico, quali la belladonna, l'adrenalina, il calcio, l'efetonina, ecc.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Su un nuovo metodo di colorazione rapida del B. di Koch nell'espettorato.

P. Doglio (*Giorn. Batter. e Immun.*, marzo 1932) descrive una modificazione del metodo proposto da Matsuse. Il materiale, essicato e fissato sul vetrino, è trattato con fucsina fenica di Ziehl, scaldata fino ai primi vapori: si lava abbondantemente in acqua corrente e s'immerge per circa 40-50 secondi, avendo cura di agitare dolcemente il bagno in cui si pra-

tica la colorazione, nel liquido così composto: Giallo brillante S X (*Farbenindustrie Aktiengesellsch.*) ctgr. 15; Acido solforico concentrato cc. 10; Alcool cc. 20; Acqua distillata cc. 85. Si lava abbondantemente e si asciuga con carta bibula. I bacilli si presentano colorati in rosso su fondo giallo limone.

I vantaggi di questo metodo sarebbero, secondo i risultati avuti dall'A., la maggior rapidità di colorazione e la maggiore nitidezza dei preparati. G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Streptococchi anaerobi nella vagina di gravide normali.

Per poter stabilire la parte che i germi anaerobi possono avere nell'infezione puerperale bisogna vedere con quale frequenza essi si trovano nella vagina delle gravide, quali sono questi germi e quale il loro potere patogeno e la loro eliminazione per le vie genitali nell'infezione puerperale.

S. D. Soule e T. K. Brown (*Americ. Journ. of Obstetrics and Gynecol.*, aprile 1932) studiarono 103 donne della Clinica Ostetrica di Washington.

Negli strisci di secrezione vaginale trovarono sempre bacilli gram positivi a catena e in 26 casi era il solo reperto di germi mentre le culture comuni restarono sterili. Nel 26 % dei casi gli AA. ebbero culture anaerobiche positive. Per lo più erano positive anche culture aerobiche di stafilococco albo, o streptococco non emolitico o b. coli. Culture anaerobiche senza germi aerobici si ebbero solo nel 9,5 %, mentre culture di anaerobi con aerobi ci furono nel 60 % dei casi. Nel 40 % dei casi fu isolato lo streptococco anaerobico e più frequentemente nelle primipare che nelle multipare.

Soule e Brown credono che lo streptococco anaerobio abbia notevole importanza nel determinare l'infezione puerperale.

R. LUSENA.

Gli agenti del vaccino e del vaiuolo.

G. Ledingham (*Lancet*, 5 sett. 1931) ha potuto preparare delle sospensioni omogenee in soluzione fisiologica formolizzata dei corpi elementari del vaccino e del vaiuolo (Paschen 1906 e Borrel 1904) privi di altri elementi. Questi corpi così sospesi vengono agglutinati dal siero di animali (polli e conigli) che sono guariti rispettivamente dal vaiuolo dei polli o dal vaccino o sono stati iperimmunizzati, mentre non sono agglutinati, in diluizione di 1 a 5, dal siero normale. Le masse così agglutinate in goccia pendente sono state colorate e si è veduto che consistevano soltanto dei corpi accennati.

Questi dati appoggiano l'idea che tali corpi elementari rappresentino gli agenti infettanti delle dette affezioni. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cure antiluetiche in età inoltrata. — Al dott. C. A. da P.:

Rispondiamo in tesi generale.

L'età inoltrata non costituisce di per sè stessa una controindicazione assoluta per cure antiluetiche in genere e tanto meno per quelle a base di sali di bismuto sia indisciolti sia nella forma liposolubile, specialmente quando tali medicamenti siano stati in precedenza ben tollerati ed abbiamo fatto scomparire manifestazioni sospette.

È ovvio che nei vecchi il loro uso debba essere circondato di maggiori cautele che non nei soggetti giovani ed interrotto ai primi segni di notevole intolleranza (stomatite, albuminuria, eritemi, ecc). V. MONTESANO.

Cure antiluetiche e stagioni. — Al dott. A. P. L. da S. P.:

Le cure antiluetiche, comprese quelle di arsenobenzoli e di bismuto, possono normalmente farsi in qualunque stagione. Quando si tratti di cure periodiche, praticate cioè non sotto la necessità di manifestazioni in atto che urge far guarire, è naturale che si debbano preferire, quando si può, le stagioni intermedie (primavera ed autunno). V. MONTESANO.

« *Ringiovanimento* » *mediante iniezioni di sangue.* — Al dott. C. Bazile, da R.:

Jaworsky usa a tale scopo il plasma sanguigno citratato e sterilizzato (mediante l'aggiunta di piccole quantità di cianuro di mercurio) e lo introduce per via endovenosa; fa una serie di 12 iniezioni a 2-3 giorni d'intervallo.

G. Protti usa il sangue intero, di cui preleva 10 cmc. dalle vene del datore (usare la siringa sterilizzata a secco, non mediante bollitura) iniettandolo subito nei glutei o nel deltoide. Bastano generalmente 5 iniezioni nello spazio di 10-15 giorni, oppure distanziate di 2-15-20 giorni. Consiglia di praticare le due prime iniezioni a distanza di 2 giorni, per evitare fenomeni di anafilassi.

Il datore va scelto dell'età di 20-25 anni, di sesso maschile, non fra i parenti dell'individuo a cui si inietta. Evidentemente va prima determinato il gruppo sanguigno (si deve usare sempre sangue dello stesso gruppo) e controllato lo stato di salute del datore stesso (Wassermann e le altre ricerche del caso).

Si vuole che il metodo sia utile nella vecchiaia, nell'esaurimento generale, nell'obesità, nel dimagramento senza alterazioni organiche, anche in giovani.

Per maggiori particolari, veda: JAWORSKY. *Comment rajeunir*, Al. Michel ed. Paris, 1930; e: G. PROTTI. *L'emoinnesto intramuscolare*. U. Hoepli ed. Milano, 1931. *fil.*

VARIA.

Linguaggio ed intelligenza.

Il linguaggio corretto e preciso esige un particolare sforzo mentale di cui molti deboli di mente sono incapaci.

Binet giunge a dare una classificazione delle deficienze mentali in rapporto al linguaggio adoperato: idioti, quelli che usano parole improprie ed inadeguate; imbecilli, quelli che adoperano parole proprie ma i cui periodi sono incoerenti; deboli di mente, quelli il cui linguaggio non si discosta dal normale.

Il linguaggio è formato dalle parole, e le parole sono i simboli e gli interpreti del pensiero. La mancanza di linguaggio parlato importa l'assenza del pensiero, o è compatibile con un pensiero affatto rudimentale.

Il linguaggio difettoso è indice d'intelligenza difettosa. In conseguenza è difettosa ogni attività mentale, la memoria, il potere associativo ed immaginativo, la capacità di comunicazione delle idee con i proprî simili.

Ne risulta uno stato d'isolamento che rende molto limitate le possibilità di educazione.

Di regola a diciotto mesi i bambini pronunziano alcune parole. Quelli che a tre anni trovano difficoltà nel parlare devono essere considerati tardivi.

Su una casistica di 84 bambini Morison (*Lancet*, 30 aprile 1932) ha riscontrato che nei deficienti lo sviluppo del linguaggio è tardivo, e che quanto più bassa è la mentalità tanto più tardi si sviluppa il linguaggio.

Comunque la facoltà di parlare può acquistarsi anche all'età di otto o nove anni.

Tra i bambini più deficienti si trovò che l'articolazione della parola era chiara solo in nove casi, disordinata ed a scatti in cinque, blesa in nove, limitata ad una o due parole in quattro, mancante del tutto in sette.

Tra i bambini meno deficienti il 30 % avevano un'articolazione della parola chiara.

Gli altri presentavano disordini varî: balbuzie, blesità, ecolalia, idioglossia.

La balbuzie consiste in una ripetizione sillabica, involontaria, intempestiva, irresistibile, che ha tutte le apparenze di un fenomeno convulsivo.

La blesità è la sostituzione di una consonante con un'altra. È un difetto che si riscontra comunemente nei bambini che cominciano a parlare.

La sua persistenza oltre una certa età dimostra in genere fiacchezza mentale.

Tuttavia tanto la balbuzie quanto la blesità non costituiscono segni patognomonici di debolezza mentale perchè si riscontrano in parecchi ragazzi normali ed anche intelligenti. Spesso questi difetti sono dovuti a deficienza da parte degli educatori.

Invece un segno indubbio di debolezza mentale è l'ecolalia. Il ragazzo non fa altro che ripetere le parole che gli sono rivolte senza dare una risposta.

Il difetto è verisimilmente in rapporto con la incapacità di interpretare le parole o di ogni sforzo a pensare.

L'idioglossia consiste nell'alterazione o nell'eliminazione di sillabe o di intere parole per modo che ne risulta un linguaggio presso che incomprensibile.

L'idioglossia può essere in rapporto ad un difetto di attenzione o di auto-controllo, ma il più delle volte è l'esponente di un difetto motorio analogo alla balbuzie.

In effetti l'idioglassia si riscontra molto comunemente in ragazzi intellettualmente bene sviluppati ed è molto suscettibile di educazione.

Essa pertanto non può costituire un segno di debolezza mentale.

Differente valore diagnostico e prognostico ha invece una speciale forma di idioglossia per la quale l'individuo adopera un linguaggio affatto particolare e personale. È questa l'idioglossia della sordità congenita.

In conclusione il linguaggio costituisce il più chiaro esponente dell'intelligenza. La proprietà, la correttezza, l'abbondanza del linguaggio, nonchè la tempestività delle sua comparsa costituiscono la documentazione del capitale di idee degli individui e della loro normale attività mentale.

La persistenza oltre una certa età delle disfasie (balbuzie, blesità, ecolalia, idioglossia) può rappresentare un indice di deficiente sviluppo psichico.

Devesi comunque tener presente che la balbuzie e l'idioglossia sono disturbi più motori che intellettuali, e che la blesità può persistere per difetto di educazione.

Un segno patognomonico di debolezza mentale è l'ecolalia.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. ORTALI. *Mestruazione e metranodina.* — Ist. Naz. Med. Farmac., Roma, 1932.

C. SACCO. *Pollice da lavoro?* — Tip. Edit. Minerva, Torino, 1932.

A. SEGA. *L'anchilostomiasi nella provincia di Bologna.* — Tip. Cordani, Milano, 1932.

C. RIZZO. *Un caso di malum biparietale senile.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1932.

G. CERONI. *Sulla reazione di Kahn.* — Arti Grafiche Belforte, Livorno, 1932.

I. J. BERETERVIDE *Las sombras redondeades intratoracicas.* — Imp. Mercatali, Buenos Aires, 1932.

A. SEGA. *La febbre ondulante deve considerarsi malattia professionale od infortunio sul lavoro.* — Tip. Cordani, Milano, 1932.

U. FAUCCI. *Contributo alla storia della scabbia.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1932.

L. SICILIANO-C. BANCI BUONAMICI. *La circolazione polmonale nel pneumotorace.* — Stab. Poligr. Riuniti, Bologna, 1932

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le supplenze nelle condotte mediche.

Il Ministero dell'interno — Direzione generale di Sanità pubblica — ha diramato ai Prefetti e autorità assimilate, perchè ne dessero partecipazione ai signori Podestà, una circolare che mira a disciplinare il servizio di supplenza nelle condotte mediche; in essa è detto:

« Il sistema invalso in molti Comuni di provvedere alla supplenza dei sanitari condotti, durante il periodo dei congedi, mediante il cosidetto « servizio a scavalco » che si attua — come è noto — con l'incarico della supplenza ad altri medici condotti, non rappresenta il mezzo più idoneo per assicurare la continuità e l'efficienza del servizio, quando il sanitario che deve sostituire quello che va in congedo è scelto fra i titolari delle condotte di frazioni dello stesso Comune, eccentriche rispetto alla condotta rimasta priva del sanitario, o fra i titolari di condotte appartenenti a Comuni finitimi.

In questi casi il coefficiente della continuità e regolarità del servizio, insito nel principio della « residenzialità » della condotta, viene meno, e il danno che ne deriva si ripercuote su entrambi i Comuni, perchè il sanitario non può essere in grado, il più delle volte, per evidenti ragioni, di assolvere convenientemente e coscienziosamente il proprio compito ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Prov.* — Scad. 24 lug.; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'igiene e profilassi; L. 11.500 aumentabili a L. 13.600 dopo 3 quadrienni, oltre L. 900 serv. attivo.

AREZZO. *Comune.* — Scad. 21 sett., ore 18; 6ª condotta di campagna; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., L. 800 arm. farm., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 20 giu. Chiedere annunzio.

CAPUA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 7 sett.; direttore dello Spedale « Ferdinando Palasciano »; L. 2000.

CASTELNUOVO CALCEA (*Alessandria*). — Scad. 15 ag.; L. 7000 oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san.

CASTELNUOVO GARFAGNANA (*Massa Carrara*). — Scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 2000 trasp., L. 20 ogni famiglia eccedente il numero di 120.

CAVENAGO D'ADDA (*Milano*). — Posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 11.500 soggetto alle ritenute di legge e del 12 %. Indennità trasporto di L. 1500, oppure di L. 3500, da ridursi del 12 %, a seconda del mezzo di trasporto usato. Indennità Ufficiale Sanitario di L. 700. Scadenza 31 luglio 1932. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Comune. La tassa di concorso è di L. 50,10.

CERIGNOLA (*Foggia*). *Opere Pie Riunite « Ospedali ed Ospizi ».* — Scad. 20 lug.; chirurgo; lire 5000 aumentabili. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

CETONA (*Siena*). — A tutto 31 ag., per Piazze; L. 8500 oltre c.-v. e L. 3500 trasp., 6 quadrienni dec.; ritenute 12 %; età lim. 35 a. al 4 giu.; certificati punti speciali e di laurea; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 giu.

FALENA (*Viterbo*). — Scad. 31 lug.; L. 9280 già ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v. L. 739,20 se il titolare ne avrà diritto, L. 352 se uff. san.; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

FRANCAVILLA FONTANA (*Brindisi*). — Scad. 9 lug.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 3 e L. 5 oltre 1000 e oltre 1500 pov.

GORZEGNO (*Cuneo*). — Scad. 15 lug.; con Levice; L. 9000 oltre L. 4000 cavalc., L. 500 uff. san.; tassa L. 50.

LUCCA. — Scad. 25 ag., 2° circond. (circa 4400 ab.); L. 8000, oltre quota mobile L. 1400 se c.-v., L. 2500 cavalc., L. 400 ambulat.; diminuz. 12 %; età lim. 35 a.

MEL (*Belluno*). — Scad. 1° sett.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2000-3500 trasp., età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

MELIZZANO DUGENTA (*Benevento*). — Scad. 29 ag.; per Melizzano capoluogo; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'1 giu.

MONTIERI (*Grosseto*). — Scad. 31 lug., capoluogo; L. 9400 oltre L. 1000 uff. san., L. 2000 per la fraz. Travate; riduz. 12 %; età lim. 39 a. al 15 giu.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 31 lug.; 21 posti di coadiutori aggiunti di chirurgia e 21 di coadiutori aggiunti di medicina; età lim. 35 a.; chiedere annunzio.

RIMINI (*Forlì*). *Congregazione di Carità.*

Primario medicina: direzione sanitaria; dieci anni laurea e cinque aiuto Clinica o aiuto primario; stipendio L. 13.000; servizio attivo L. 2000; direzione sanitaria L. 3000.

Aiuto chirurgo: laurea quattro anni; biennio assistentato; stipendio L. 6000; percentuali; alloggio.

Assistenti medicina e chirurgia: laurea non oltre triennio; biennio frequenza ospitaliera; stipendio L. 5000; percentuali; alloggio.

Primo farmacista: quinquennio come titolare o dipendenze Ente; stipendio L. 9500; servizio attivo L. 2500; indennità servizio notturno.

Segretario-contabile-economo Ospedale: diploma ragioniere; triennio servizio analogo; stipendio L. 10.000; servizio attivo L. 2000; stipendi e assegni ridotti 12 %. Termine 15 luglio per tutti eccettuato concorso primario (30 luglio). Per informazioni rivolgersi Segreteria Congregazione.

ROMA. *Ministero per la Giustizia e degli Affari di Culto.* — Scad 5 sett.; 6 medici assistenti nei Manicomi giudiziari (grado 11, gruppo A); titoli scientifici e pratici; età lim. 35 (40) a.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli. Posto di medico-condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caro viveri, indennità bicicletta; il tutto ridotto del 12 %. Popolazione 1930. Poveri 105. Termine utile presentazione documenti di rito ore dodici del 20 luglio 1932.

ROVIGO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il concorso a direttore è sospeso fino a nuovo avviso.

STROPPIANA (*Vercelli*). — Scad. 31 lug.; rivolgersi Segreteria com.

TARANTO. *Ospedale Civile SS. Annunziata.* — Scad. 8 lug.; specialista oculista, aiuto chirurgo, 2 aiuti medici; L. 1200 annue per lo specialista e L. 3500 per gli aiuti; età lim. rispettiv. a. 45 e a. 35; titoli ed esami; 3 quadrienni decimo; doc. a 3 mesi dall'8 giu.; chiedere annunzio.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 30 agosto 1932 è aperto il concorso al posto di primario radiologo: assegno annuo L. 7500 lorde ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuali indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili del Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

URZULEI (*Nuoro*). — Scad. 15 lug.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 se vaca il posto di levatrice, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10.

VICENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Medico supplente nell'Ospedale Provinciale « *San Felice* ». Stipendio annuo L. 5000. Documenti di rito. Scadenza 30 luglio 1932. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Vicenza.

VOLPAGO DEL MONTELLO (*Treviso*). — Condotta consorziale del Montello; proroga a 3 mesi dal 20 mag.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al Ministero di sanità della Repubblica francese è stato chiamato l'on. Justin Godart.

I dottori E. C. Albritton e V. du Vigneaud sono nominati rispettivamente professori di fisiologia e di biochimica all'Università Giorgio Washington di Washington e direttori dei rispettivi istituti.

Il dott. A. C. Pohlman, professore di anatomia all'Università di Saint Louis (New Jersey), è nominato decano della Scuola medica dell'Università del Dakota meridionale e professore di anatomia e direttore dell'Istituto anatomico della stessa Università.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

I professori Labbé, Forgue, Pieri alla Reale Accademia Medica.

Nella seconda quindicina del mese di maggio per iniziativa del presidente della Reale Accademia Medica di Genova, prof. Nicola Pende, si sono ospitati i proff. Labbé della Sorbona di Parigi, Forgue decano dell'Università di Montpellier e Pieri dell'Ospedale di Belluno, i quali hanno svolto ciascuno un argomento dinanzi ad un pubblico numeroso di soci, di studenti, di cultori delle nostre scienze.

Il prof. Labbé ha trattato della *diagnostica delle glicosurie.* L'O. inizia con una classificazione delle glicosurie quali si osservano in clinica che possono raggrupparsi in tre categorie: 1) glicosuria del diabete vero; 2) glicosuria degli stati paradiabetici; 3) glicosuria del diabete renale. Nel diabete vero la glicosuria fa parte di una sindrome iperglicemica abitualmente abbondante ma che decorre parallelamente al regime idro-carbonato. Nel diabete benigno senza denutrizione non vi è che una turba del metabolismo idro-carbonato; nel diabete grave con denutrizione vi sono anche turbe del metabolismo delle sostanze albuminoidee e delle materie grasse onde ne risulta il dimagramento, l'acetonuria, l'acidosi. La turba fondamentale è l'insufficienza delle isole di Langherans; il rimedio elettivo l'insulina. La diagnosi è facile: nei casi dubbi si può ricorrere a due prove: *a*) la prova dell'iperglicemia provocata con ingestione di 50 gr. di glucosio che permette di distinguere: delle reazioni normali, delle reazioni corrispondenti agli stati paradiabetici e delle reazioni corrispondenti al diabete vero; *b*) la prova dell'ipoglicemia provocata per mezzo dell'iniezione endovenosa di 12 unità di insulina che permette di apprezzare la resistenza all'insulina.

Gli stati paradiabetici sono frequenti nel corso dell'obesità, nelle affezioni epatiche, nella gravidanza, durante infezioni generali e malattie endocrine, nelle lesioni del sistema nervoso e neurovegetativo. Nel corso di queste affezioni vi può essere: la glicosuria semplice isolata senza sindrome iperglicemica legata ad una turba glicoregolatrice moderata condizionata dalle turbe funzionali endocrine (ipertiroidismo, iperpituitarismo, ipersurrenalismo midollare, ecc.) oppure delle glicosurie veramente diabetiche causate dall'associazione di una insufficienza insulino-pancreatica ad una turba glicoregolatrice causa di perturbamento funzionale della ghiandola compromessa.

Il diabete renale non è il vero diabete perchè non vi sono turbe glicoregolatrici e giammai si trasforma in diabete vero.

* * *

Il prof. Forgue ha trattato di un interessante argomento: *di fronte al dolore*. L'O. distingue innanzi tutto la chirurgia senza dolore, cioè il traumatismo chirurgico reso indolore e la chirurgia del dolore, cioè il trattamento operatorio applicato a certe affezioni dolorose. Il prof. Forgue passa in rassegna episodi di chirurgia rapida del passato, atta a diminuire il dolore del paziente prima che si stabilisse l'era della anestesia e ricorda brillantemente episodi di chirurgia di guerra che sono passati alla storia.

Coll'instaurarsi dell'era anestetica si passa attraverso la fase della anestesia locale, dell'anestesia generale, dell'anestesia metamerica ed infine all'anestesia per mezzo della respirazione dei gas. L'oratore considera ciascuna tappa di questo importante problema. L'oratore considera quindi la chirurgia del dolore trattando della nevralgia del trigemino, della simpaticectomia periarteriale e di tutte le altre operazioni sul simpatico atte ad attenuare il sintoma dolore. L'oratore che ha dimostrata in questa rassegna di critica, di storia e di arte medica tutta la sua profonda competenza di chirurgo, di filosofo, di letterato ha inneggiato sul finire della sua conferenza all'Italia come a quel paese ove il nome giovinezza agisce come un simbolo, come un voto, come un'idea e dove è logico che si ispirano e prendano vita e si compiano i più grandi problemi della vita e della scienza.

* * *

Il prof. Pieri dell'Ospedale di Belluno ha parlato sui « *Nuovi orizzonti nella chirurgia del sistema nervoso vegetativo* » portando in questo argomento in via di formazione gli esiti di una sua brillantissima casistica operatoria. La chirurgia del sistema nervoso vegetativo si può dire sia oggi all'inizio per quanto si intravvedono larghe applicazioni in tutti i campi della pratica clinica. Il Pieri ha parlato delle operazioni nel morbo di Raynaud, delle perisimpaticectomie arteriose, delle resezioni dei gangli e dei nervi comunicanti nell'angina pectoris, delle operazioni sul simpatico nell'asma essenziale, nella stitichezza spastica, nella cistite dolorose, nelle alterazioni dolorose epatiche, nelle ulceri gastriche e nelle neurosi sensitivo-sensoriali dello stomaco. L'oratore che per oltre un'ora e mezza ha esposti dati e confronti, ha proposti metodi operatori ed altri ne ha criticati, che è stato obbiettivo anche sui risultati brillanti della sua casistica operatoria, che ha saputo scindere molto chiaramente quello che della chirurgia del sistema nervoso vegetativo potrà restare nel futuro e quello che è già fin d'ora destinato a soccombere è stato seguito da un uditorio attento che lo ha seguito con vero godimento. Il prof. Pieri ha promesso di rendere di pubblica ragione le sue ricerche e la sua interessantissima casistica operatoria frutto di 20 anni di assiduo lavoro e di studio intorno a questo interessante argomento, e noi ci auguriamo di vedere presto affermato attraverso la mente di un italiano quando la scienza di questi ultimi 30 anni ha saputo affermare nel campo della chirurgia del sistema nervoso vegetativo.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia dei Lincei.

La Reale Accademia Nazionale dei Lincei ha tenuto, alla presenza delle LL. MM. il Re e la Regina, la solenne seduta di chiusura dell'anno accademico.

Il presidente sen. Vittorio Scialoja ha riferito sull'attività dell'Accademia nel corso dell'anno.

Il prof. Bottazzi ha riferito sul premio Santoro, conferito al prof. Giuseppe Talarico.

Il premio Grassi è stato assegnato al dott. Giulio Raffaele, della Stazione Sperimentale per la lotta antimalarica di Roma.

Associazione ospedaliera internazionale.

Quest'associazione, fondata lo scorso anno, malgrado la crisi mondiale ha assunto uno sviluppo considerevole: ne fanno parte 15 società ospedaliere nazionali. Delle 11 commissioni di studio, 5 hanno condotto i lavori preparatori al punto che il programma di lavoro si è potuto pubblicare nel 2° fascicolo del 3° anno di « Nosokomeion », organo ufficiale dell'associazione, edito da Kohlhammer di Stoccarda. Questi programmi offrono un materiale destinato a rendere grandi servizi nel dominio professionale e alle autorità ospedaliere e amministrative.

21° Congresso Italiano delle Scienze.

La Società Italiana per il progresso delle scienze ha fissato la prossima riunione dal 9 al 15 ottobre in Roma.

Il programma provvisorio della riunione è in corso di preparazione.

Per i medici presentano speciale interesse le Sezioni 3ª e 4ª della Classe B (Scienze biologiche), destinate rispettivamente alla fisiologia e alla patologia, presiedute dai proff. Agostino Gemelli e Giuseppe Mariani.

Tutta la corrispondenza dei soci, relativa alla riunione di Roma, dovrà essere indirizzata esclusivamente alla Segreteria generale del Comitato ordinatore della XXI Riunione della Società italiana per il Progresso delle Scienze, via Milano 71, Roma.

Sono pubblicati, e in corso di distribuzione ai soci, gli « Atti » della 20ª riunione (Milano, settembre 1931). Risultano di tre volumi: i primi due contengono i rapporti generali e di classe, il terzo contiene le comunicazioni di sezione.

4° Congresso Italiano di Microbiologia.

La Sezione italiana della Società internazionale di microbiologia terrà il 4° Congresso a Milano, presso l'Istituto Sieroterapico Milanese, durante la prima settimana di ottobre. I temi in discussione saranno: « Le dissociazioni microbiche », « L'immunità locale », « I microbi del terreno e la fissazione dell'azoto atmosferico », relatori rispettivamente i proff. G. Petragnani, G. Mariani e G. De Rossi. Sarà inoltre svolto il tema « Le encefaliti postvacciniche », relatore il prof. G. B. Allaria. La presidenza della Sezione ha invitato alcuni studiosi stranieri a partecipare al Congresso. I proff. Neuberg e Ramon terranno delle conferenze.

Una seduta del Congresso sarà dedicata al Comitato italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, che terrà in tale occasione la sua solita riunione.

Sarà discusso il tema: « Gruppi sanguigni e costituzione fisica », relatore il dott. Domenico Viola.

Saranno permesse comunicazioni, che trattino esclusivamente argomenti di relazione. Dovranno pervenire alla Segreteria della Sezione non oltre il 1° settembre, essere dattilografate e redatte in lingua italiana o francese. I titoli delle comunicazioni saranno accettati fino al 15 agosto.

Potranno fare comunicazioni anche studiosi stranieri.

La quota di iscrizione al Congresso è fissata in Lit. 25.

Per ulteriori informazioni rivolgersi ai segretari, proff. C. Arnaudi e G. Dessy, via Darwin 20, Milano.

6° Congresso francese d'oto-neuro-oftalmologia.

Si è svolto a Montpellier dal 27 al 30 maggio, con l'intervento di molte personalità, tra cui parecchie straniere.

Congresso e mostre della panificazione.

Si è tenuto a Roma il 1° Congresso internazionale della panificazione, sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche; vi hanno partecipato i delegati di oltre cento Nazioni. L'inaugurazione venne fatta al Campidoglio, dal capo del Governo. Alcuni dei problemi discussi riguardano l'igiene.

A Roma è stata organizzata una mostra internazionale della panificazione, con sede nei Mercati Traianei; a Bologna una mostra internazionale di macchinari per la panificazione e un concorso nazionale e mostra del pane, nei locali del Littoriale. Hanno avuto grande successo.

3ª Conferenza australiana sul cancro.

Si è tenuta a Canberra dal 29 al 31 marzo; alla seduta inaugurale intervenne il ministro australiano della sanità, on. C. W. C. Marr; i lavori furono presieduti dal direttore generale della sanità, dott. J. H. L. Cumpston. Furono presi in esame molti lati del problema: statistica, diagnosi precoce, studi scientifici, radioterapia, assistenza ai malati ecc. Vennero poste in luce le benemerenze della Direzione di sanità, sovratutto per quanto concerne il rifornimento e la distribuzione del radio.

Commissione per lo studio dei problemi relativi all'endemia gozzo-cretinitica.

Con decreto del 6 aprile scorso il ministro dell'Interno ha istituito una Commissione per lo studio dei problemi relativi all'endemia gozzo-cretinica. Fan parte di tale Commissione il prof. Sante De Sanctis della R. Università di Roma (presidente), i proff. Nicola Pende e Ugo Cerletti della R. Università di Genova, il prof. Luigi Castaldi della R. Università di Cagliari, il dott. Giuseppe Muggia direttore del Manicomio di Bergamo, il comm. dott. Vittorio Ambrosi e il dott. Emanuele Miceli della Direzione della Sanità pubblica, il prof. Luigi De Bernardinis dell'Istituto centrale di Statistica.

Scopi principali di questa Commissione (la prima governativa dopo quella famosa del 1845), sono la determinazione delle zone italiane colpite dall'endemia gozzo-cretinica, dei criteri per diagnosticarla e dei provvedimenti da prendersi in queste zone. La Commissione si è radunata il 14 e 15 giugno e ha proposto le modalità di una inchiesta da compiersi in tutta Italia per individuare i focolai gozzo-cretinici; inoltre ha proposto di estendere ad alcune valli del Bresciano e del Bergamasco la profilassi collettiva per mezzo del sale iodurato, da svolgersi da un Comitato diretto dal dott. Muggia, e un esperimento di profilassi con antistrumina nei Balilla dei dintorni di Genova, sotto la direzione del prof. Pende. Fu deliberato un voto di plauso al comm. dott. Ambrosi, alla cui tenace opera di più lustri si deve se la lotta antigozzigena ha ora assunto questo carattere governativo, invece che rimanere iniziativa di pochi Comitati locali.

Congresso internazionale di medicina omeopatica.

Il congresso quinquennale avrà luogo a Parigi nel corrente mese. Per informazioni rivolgersi al dott. Fortier-Bernoville, rue Daru 7, Paris.

Corso di puericultura.

Per disposizione dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia sono aperte, presso la R. Clinica pediatrica di Napoli, le iscrizioni a un corso integrativo di puericultura prenatale e postnatale, riservato ai medici condotti e liberi esercenti, che, secondo le nuove direttive dell'Opera, saranno chiamati a una maggiore collaborazione nel campo dell'assistenza igienica e sociale dell'infanzia.

Il corso avrà inizio il 15 luglio e durerà un mese.

Domande per iscritto su carta legale alla Delegazione Provinciale di Napoli dell'O. N. M. I., almeno 15 giorni prima dell'apertura del corso, versando all'atto dell'iscrizione lire 50 per tassa di iscrizione e lire 35 per tassa di ammissione agli esami. Il numero degli iscritti sarà limitato.

Per informazioni rivolgersi alla sede della Delegazione Provinciale di Napoli dell'O. N. M. I. (via dei Mille 48) o alla R. Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame 8).

Il numero degli studenti nelle nostre Università.

« L'Università Italiana » ha pubblicato un prospetto numerico degli studenti inscritti presso le Università e gl'Istituti superiori del Regno durante l'anno accademico 1931-32. Risulta che l'Università più popolosa è quella di Roma, con 5317 iscritti; segue Napoli, con 5137; qualora però si consideri che per Roma sono inclusi 363 studenti della Facoltà di scienze politiche, la quale manca a Napoli, se ne desume che la densità media maggiore, per le singole Facoltà, spetta a Napoli.

Tra le Facoltà mediche delle Università di tipo A, la più numerosa è Napoli con 1779 iscritti; seguono Roma con 1447 e Bologna con 1182; la meno numerosa è Cagliari, con 166. Tra le Facoltà di tipo B la più numerosa è Milano, con 818 studenti; seguono Bari con 387, Catania e Firenze con 378 ciascuna; il posto più basso è occupato da Siena, con 89 studenti.

Per l'Università di Chicago.

Il sig. Albert B. Kuppenheimer ha legato, morendo, un milione di dollari all'Università di Chicago, per una fondazione di studi e ricerche nel campo della venereologia.

Una donazione americana all'Università di Parigi.

La signora Harriett Hale Woolley ha donato all'Università di Parigi 50 mila dollari, pari a circa un milione di lire it., per mantenere un adeguato numero di posti nel dormitorio americano fatto costruire, nella Città universitaria, dal dott. Gage; i posti sono riservati a studenti beneficiari di borse di studio istituite dalla stessa Woolley.

La fine di una Società medica a Parigi.

L'assemblea generale della « Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris » ha dichiarato la dissoluzione della Società. Questa era sorta nel 1903, per iniziativa del dott. Jayle; ebbe una vita feconda sino allo scoppio della guerra, quando annoverava 353 membri. Durante la guerra si moltiplicarono i rapporti tra i medici ex-interni e quelli che non lo erano stati; dopo la pace, lo sviluppo assunto dalla « Société médicale des Hôpitaux », dalla « Société de chirurgie » e da altre associazioni, fece comprendere agli interni che non conveniva chiudersi in una torre d'avorio... Costituivano una « élite »; non hanno voluto essere una casta e perciò si sono mescolati con i loro colleghi.

Società mutua di medici francesi.

Si è tenuta l'adunanza dell'« Associazione confraterna dei medici di Francia », la quale conta 1324 associati e dalla sua fondazione ha soccorso 184 famiglie mediche, distribuendo un totale di 1.384.000 franchi; dispone attualmente di una riserva di circa mezzo milione di franchi.

La Croce Rossa Germanica.

Malgrado la crisi, l'azione sanitaria della Croce Rossa in Germania non ha subìto rallentamenti. Il numero degli istituti a carattere nosocomiale gestiti dalla Croce Rossa (ospedali, sanatori, preventori, case materne, stabilimenti termali, ricoveri per lattanti), è salito da 386 nel 1929-30 a 397 nel 1930-31; il numero dei posti-letto da 18.180 a 18.702 Il numero delle istituzioni che provvedono all'assistenza quotidiana (asili nido, case di riposo, giardini d'infanzia ecc.) è pure aumentato, da 766 a 892. Invece si è lievemente ridotto il numero dei servizi esterni (consultori materni e infantili, consultori e dispensari antitubercolari, gocce di latte, infermerie ospedaliere ecc.), da 3414 a 3317. Quasi tutti i 1702 Comitati locali dedicano la maggiore attività alle opere assistenziali per la maternità e l'infanzia; caratteristico è il « prestito di culle ». Si è intensificata la propaganda igienica: si sono tenuti più di 800 corsi per « monitrici d'igiene » e si sono organizzate 13 mostre d'igiene.

La massima attività è stata rivolta all'assistenza economica, per concorrere a fronteggiare la crisi.

La Croce Rossa Giapponese.

La Croce Rossa Giapponese esplica molta parte della propria attività nella cura dei malati. Durante il 1930 le prestazioni compiute nei suoi ospedali (compresi quelli di Formosa, della Corea e di Mukden) ascesero a 512.846, di cui solo 41.158 gratuite, ossia meno del 10 %. Per la maggior parte si tratta di malati comuni; i tubercolotici assistiti negli 8 sanatori della C. R. furono solo 818, di cui 23 % gratuitamente. Alcuni trovano che la C. R. dovrebbe utilizzare i suoi larghi mezzi per svolgere una maggiore attività nell'assistenza delle malattie più temibili: tubercolosi, lebbra, psicopatie ecc.; altri che le sue prestazioni gratuite dovrebbero essere più numerose, rinunziandosi all'attuale organizzazione quasi commerciale.

Per gli orfani dei medici italiani morti in guerra.

Abbiamo già dato notizia della seduta plenaria del Comitato di assistenza. Dal resoconto finanziario della gestione 1931 rileviamo che gl'introiti sono stati di L. 133.000 circa; le spese di L. 53.000; il residuo attivo risulta di L. 79.000, contro L. 46.000 del 1930. Si sono già laureati 4 orfani; ne restano 52 da assistere e le spese relative vanno aumentando: si raccomanda, perciò, quanto meno, di evitare la morosità.

Per le lotterie a favore degli ospedali in Inghilterra.

Alla Camera dei Comuni il ministro dell'interno, on. Samuel, ha fatto rilevare che le lotterie irlandesi a favore degli ospedali, dal novembre 1930 al marzo 1932 hanno fatto introitare una somma enorme, pari incirca ad 1 miliardo di lire it., di cui poco più della metà è stata restituita sotto forma di premi, mentre il 25 % incirca è andato per spese (pubblicità ed organizzazione, provvigione ai rivenditori di cartelle): il benefizio netto risulta del 20 % incirca. Il popolo inglese ha contribuito con più di due terzi alle somme introitate; ma non ne ha riavuto che poco più di un terzo, di modo che ha recato il massimo contributo all'attivo delle lotterie irlandesi. Se il popolo inglese vuole disfarsi di tanto denaro, è bene che almeno questo vada a benefizio del paese.... L'organizzazione di lotterie urta contro ragioni morali, che in Inghilterra sono quasi irriducibili; ma le somme in discussione sono così elevate, che il ministro ha stimato opportuno di nominare una Commissione.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni il « Bollettino bimestrale della Società Italiana di Pediatria », che ha lo scopo di tenere collegati i soci con informazioni e notizie, di dare il resoconto particolareggiato degli studi e dei lavori comunicati nei congressi e nelle riunioni regionali, di raccogliere e valorizzare la produzione scientifica della pediatria italiana. Il bollettino è diretto dal presidente in carica della Società e perciò ora dal prof. G. B. Allaria; redattore ne è il prof. Alfredo Lucca, Clinica Pediatrica della R. Università di Torino.

La piscina di Acqui.

E' stata inaugurata ad Acqui-Terme una grande piscina natatoria: è la più vasta e più perfettamente attrezzata in funzione nell'Europa. Alla cerimonia intervennero S. E. Suvich, commissario per l'Ente Turistico Italiano, il prefetto S. E. Rebora, il podestà di Acqui marchese Spinola, il preside della Provincia dott. Franzini, il prof. Donati, della Fangoterapia di Acqui, il dott. Sica, per la Direzione generale di Sanità, e altre autorità e personalità; furono pronunziati vari discorsi.

Onoranze al prof. Recaséns.

In occasione del cinquantenario di laurea del prof. Sebastián Recaséns, un gruppo di allievi ed estimatori ha voluto festeggiare l'illustre studioso ed offrirgli un banchetto, al quale intervenne per il Governo il ministro Fernando de Ros Rios. Questi pronunziò uno smagliante discorso, in cui rilevò i vantaggi che possono derivare alle Università dall'assimilazione di elementi estranei, formatisi fuori dell'ambiente accademico, e annunziò di aver emanato una circolare in tale senso. Parlarono anche il prof. Cardenal, il dott. Luis Soler, il dott. Dolcet e il festeggiato, il quale lumeggiò alcune deficienze dell'insegnamento, che, a suo avviso, andrebbe reso più gradevole ed attraente.

Giunsero più di 700 adesioni.

In memoria di von Leyden.

La Società tedesca di medicina interna ha commemorato il centenario della nascita di Ernst von Leyden (nato a Danzica nel 1832), considerato uno dei maggiori maestri della medicina in Germania. I suoi lavori sulla patologia del midollo spinale sono considerati d'importanza basilare; egli avviò anche i primi tentativi di terapia per le affezioni midollari. Mise in rilievo il compito dei fattori psichici nell'assistenza ai malati: esaltava in specie la « virtù curativa del conforto ». La magnificenza degli ospedali tedeschi odierni è in gran parte opera sua.

Medici aggrediti.

A Civita Castellana un operaio tubercolotico a nome Alberto Gai, in un impeto d'insana esasperazione, prese a fucilate i suoi due medici curanti, dottori Vincenzo Martellini e Giacomo Seri Molini, ferendoli gravemente, il primo all'addome. I feriti vennero curati all'Ospedale, dal prof. Vincenzo Ferretti; il dott. Seri Molini, dopo un mese di degenza, guarì del tutto; il dott. Martellini dopo due mesi è ancora sofferente, per avere avuto lesi fegato, pleure e diaframma: sembra però che la guarigione, quasi miracolosa, non sia lontana; noi formuliamo augurî fervidissimi in tal senso. Le cause dell'atto criminoso restano molto incerte: occorrerà attendere lo svolgimento del processo penale, che sta istruendo l'Autorità giudiziaria.

Processo giudiziario per la morte di un medico.

Il 29 agosto 1928 il dott. Goyon, medico nell'Ospedale di Saint-Antoine di Parigi, restava ucciso, sulla spiaggia di Crotoy, da un aeroplano pilotato da un allievo della Scuola d'aviazione che ha sede in questa località. Ne è derivato un processo giudiziario, intentato dagli eredi del medico contro l'aviatore per omicidio da imprudenza e contro il direttore della Scuola come responsabile.

L'epilogo del processo si è avuto ora. Il Tribunale di Abbeville e poi la Corte d'appello di Amiens avevano escluso ogni responsabilità; ma la Corte di cassazione ha annullato il verdetto e il processo è stato nuovamente discusso alla Corte d'appello di Douai, la quale ha ammesso la responsabilità dell'aviatore, considerando che il cofano del motore impedisce la vista al pilota e che la spiaggia costituisce un terreno pubblico non vigilato e, perciò, gli aviatori non devono atterrarvi, correndo il rischio d'investimenti; d'altra parte però ha stabilito che il medico aveva commesso un'imprudenza, poichè egli conosceva la pista abitualmente seguita dagli aeromotori e non si era ritirato a tempo. Perciò la Corte ha diviso le responsabilità dell'infortunio ed ha ridotto alla metà la richiesta degli eredi, per danni e interessi, liquidandoli in 250.000 franchi. (« Concours Méd. », 29 mag. 1932).

Promessa di guarigione e responsabilità civile del medico.

Si è chiuso in Germania un lungo litigio giudiziario tra un medico ed un malato. Esso è durato più di dieci anni, il che prova come la rapidità della giustizia tedesca nulla abbia da invidiare a quella di altri Paesi.

Il medico aveva promesso la guarigione mediante cure arsenobenzoliche, per una malattia di cui al processo non è stato fatto il nome, onde rispettare il segreto professionale. La guarigione non si è prodotta, ma il medico mandò ugualmente la parcella. Il cliente rifiutò di corrispondere il compenso; donde il processo, arrivato sino alla Corte di Cassazione federale. Questa ha dato torto al cliente, poichè le prestazioni mediche sono da considerare come « locazione d'opera professionale » e non comportano un impegno positivo di guarigione.

Un medico centenario.

Il dott. M. Eddy, di Middleburry (New England, Stati Uniti), ha celebrato il centesimo anniversario della nascita in ottime condizioni di salute fisica e intellettuale.

Sono medici anche il figlio, un nipote e quattro altre persone della sua famiglia.

Morte simulata.

Il Tribunale correzionale di Lione ha condannato certo Luigi Durand a 4 anni di reclusione per avere simulato la propria morte; la moglie e un amico a 8 mesi di prigione come complici. La simulazione ha portato a riscuotere un premio di 150 mila franchi; la buona fede del medico era stata tratta in inganno e il trucco era perfettamente riuscito, finchè non si ebbero dei sospetti.

Operazione gratis come primo premio.

Il gruppo « Young Men Cristian Association » (Associazione cristiana di giovani) residente a Tampa (Florida, Stati Uniti) ha tenuto una originale lotteria. Il primo premio, vantato come particolarmente pratico, consisteva in una operazione gratuita di appendicite.

È morto in età di 65 anni il prof. CARL SPIRO, che fu a lungo professore di chimica fisiologica a Strasburgo; dopo l'armistizio rimase senza cattedra finchè nel 1921 fu chiamato a Basilea. Insieme a Hofmeister, suo maestro, Spiro applicò per la prima volta la chimica fisica alla biologia; introdusse la nozione della chimica colloidale nel pensiero fisiologico contemporaneo. Tra i suoi studi vanno particolarmente segnalati quelli relativi alla coagulazione del sangue, alla regolazione della concentrazione idrogenionica nella sostanza vivente, al ricambio minerale, all'oligodinamismo metallico, all'azione delle vitamine ecc. ecc. Spiro si prodigava per gli studenti e i giovani colleghi.

Il 17 giugno spegnevasi in poche ore il gr. uff. dott. ENRICO BALLERINI.

La improvvisa sua dipartita fu una dolorosa sorpresa per la classe medica, poichè ancora qualche tempo prima la sua figura distinta e simpatica presentava un aspetto florido e quasi giovanile.

Nato a Cremona, da famiglia originaria di Bobbio, percorse gli studi universitari a Roma, dimostrando sempre di saper unire alla viva intelligenza una tenace perseveranza nello studio, qualità coronate dall'assegnazione del premio Rolli.

Laureatosi nel 1887 e vinto il concorso di assistente negli Ospedali, poscia quello di aiuto, la sua mente si completò nella cultura medico-chirurgica; lo spirito fine di osservazione ed il senso critico-diagnostico si acuirono concorrendo ad affermare la sua spiccata personalità. La via del successo professionale era segnata: cultura, rettitudine, disinteresse, affabilità valsero a procurare al valoroso medico una clientela numerosa ed eletta, compresi Enti ed Associazioni. Allo stesso modo si era acquistata la stima e l'amicizia dei colleghi e l'alta considerazione di Clinici e Primari. Ed infatti la dimostrazione si ebbe allorquando, fondati gli Ordini dei Medici per elevare il prestigio morale ed economico della Classe Sanitaria e indette le elezioni del Consiglio, i colleghi deposero nelle urne il loro voto a favore del dott. Enrico Ballerini.

Eletto presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, egli comprese benissimo l'alto ed onorifico posto occupato, irto anche di gravi responsabilità e cosparso di sacrifici.

La sua forte fibra animata da fervore entusiastico per il bene della classe, nel periodo di parecchi anni mai venne meno al gravoso compito, portando i contributi d'ingegno, di energia, di perspicacia, di equità in tutte le discussioni che si presentavano concernenti i molteplici argomenti quali, per citarne alcuni, la riforma della condotta medica, l'aumento delle tariffe, la valutazione delle perizie giudiziarie, l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

La sua azione svolgevasi dovunque, sia nelle controversie fra medici e fra medici e clienti, sia fra medici condotti e Comuni, sempre colla finalità di mantenere alto il decoro della classe.

D'ingegno sottile, di cuore generoso e adamantino, di carattere leale, talvolta di umore faceto, aperto a tutte le manifestazioni d'amor patrio, non poteva rimanere inerte dopo la dichiarazione di guerra. Maggiore medico della Croce Rossa si recava al fronte prodigando la sua attività; e ritornato a Roma prendeva parte insieme alla compagna della sua vita e alle tre figlie a tutte le forme di Assistenza Civile.

Esuberante di affetto, era adorato dalla famiglia, nella quale egli aveva trasfuse le sue squisite qualità morali.

Al medico colto, laborioso e probo, al cittadino integro, al patriota, al padre affettuoso, la classe medica commossa riverente s'inchina.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 11 Luglio 1932 - X — Num. 28

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Prof. C. FRUGONI, direttore.

Morbo di Still-Chauffard.

LEZIONE CLINICA raccolta dal dott. F. CORELLI, assistente volontario.

La malata che oggi assieme esamineremo e che vi presento (1) è una sposa di 26 anni; essa appartiene a famiglia sana, senza alcuna ereditarietà artropatica o specifica. Tuttavia degli otto fratelli della paziente, 5 sono morti in tenera età di malattie sulle quali non si hanno dati precisi.

L'*anamnesi fisiologica* è completamente normale: nascita, allattamento, dentizione, deambulazione, sviluppo fisico e psichico: tutto figura regolare. Mestruò a 12 anni e da allora i corsi si susseguirono normalmente. A 25 anni, un anno fa, sposò un uomo sano e ne seguì una gravidanza regolare, solo essendo stati notati ad un certo periodo lievi edemi malleolari che poi si ridussero e infine scomparvero.

Il parto avvenne due mesi fa, normalmente; l'allattamento veniva invece sospeso al secondo mese sia a causa di ragadi multiple molto moleste al capezzolo, sia per l'insorgenza di uno stato febbrile continuo di cui diremo. La malata ha condotto vita regolare, in ambienti sani, con vitto normale ed abitudini corrette.

Anamnesi patologica. — La malata ha probabilmente avuti i comuni esantemi infantili e ha sofferto di varie forme influenzali, ma non ritiene fossero accompagnate da angina, così come esclude d'aver sofferto di fatti reumatici.

A 4 mesi di età ebbe una piccola suppurazione alla regione sopraclaveare destra che sembra essersi aperta spontaneamente e rapidamente guarita: oggi ne residua una cicatrice lineare, regolare, non aderente alle parti profonde, sì che è difficile poter dire se fu o meno un'adenite specifica: certo non vi sono quelle aderenze coi tessuti sottostanti e quei caratteri di cicatrice irregolare che siamo soliti vedere in una adenite scrofolosa che si apra spontaneamente e che poi lentamente sparisca, più o meno attraverso fistolizzazione. Comunque da quell'epoca mai fu malata godendo anzi

(1) La malata fu presentata il 26 gennaio 1932.

salute perfetta fino all'inizio della malattia attuale che risale al terzo mese di gravidanza. Or sono circa 8 mesi infatti, si presentavano dolori acuti, ma non violenti, prima localizzati alle ginocchia, poi estesi a tutti gli arti inferiori, specialmente alla coscia, dolori che insorgevano particolarmente durante alcuni movimenti come il salire o scendere le scale e si riducevano camminando in piano, mentre sparivano nel riposo completo. La pelle degli arti e delle articolazioni non era nè rossa, nè tumida, nè calda. Più tardi anche cominciava qualche dolia alle articolazioni tibioastragaliche e contemporaneamente si aveva un notevole cedimento delle condizioni generali, con manifesto pallore ed astenia. Successivamente intanto anche altre articolazioni erano prese e agli arti superiori cominciava prima dolore durante i movimenti delle spalle con limitazioni poi dei movimenti anche del gomito, e dolore ai polsi ed alle piccole articolazioni delle mani, dove in corrispondenza dell'articolazione fra la I e la II falangetta si formava a poco a poco una leggera tumefazione periarticolare senza però nè rossore, nè calore. Anche agli arti superiori, come a quelli inferiori, durante il riposo i dolori mancavano, insorgevano invece solo durante i movimenti. Intanto a poco a poco, gradatamente si stabilivano modificazioni e deformazioni delle dita delle mani, con sublussazione delle seconde falangi come ora vedete, mentre le condizioni generali decadevano ulteriormente. Nel frattempo la gravidanza era regolarmente portata a termine. E anche di poi la paziente benchè si fosse fatta astenica e magra, benchè sofferente dei detti dolori, mai però molto intensi, alle articolazioni, ed avesse le articolazioni delle dita deformate, potè continuare a svolgere, sebbene in modo ridotto, una certa attività, non tenne mai il letto nè mai aveva avvertita fino allora febbre.

Ma già però due mesi prima della fine della gravidanza in occasione di lieve dolore di gola, con modica dolia alle articolazioni temporo-mandibolari per la quale l'apertura della bocca era limitata, casualmente palpandosi l'ammalata aveva avvertito bilateralmente in corrispondenza della regione sottomastoidea, delle masse, che possiamo dire senz'altro ghiandolari e che da allora si sono mantenute stabili e simmetriche. Ma dopo un leggero miglioramento durato fino a pochi giorni dopo il parto, circa due mesi fa, si ripresentavano nuovi dolori articolari, sempre con gli stessi caratteri, contemporaneamente a tutte le articolazioni eccetto quelle dell'anca e della colonna vertebrale e nello stesso tempo insorgeva e si stabiliva una febbricola intermittente-remittente, modesta, bene sopportata, senza brividi, che tutt'ora persiste.

E le condizioni generali siffattamente peggioravano per sempre maggiore astenia e pallore, che la paziente, costretta a letto, si decideva infine a chiedere ricovero in Clinica, e vi entrava il 7 gennaio ultimo scorso.

E noi osserviamo un'ammalata di costituzione scheletrica normale, appartenente alla seconda combinazione morfologica di De Giovanni. Essa ha aspetto leggermente sofferente ma se sta ferma, immobile, non ha dolori, che compaiono invece appena si muove o si mette a sedere sul letto. La cute è decisamente pallida; i muscoli flaccidi. Il pannicolo adiposo scarso. Il polso è ritmico, molle, ipoteso, (la pressione arteriosa è: Mn 50, Mx 90), con frequenza proporzionale alla temperatura; il respiro è regolare. Vi è modica febbre. Il riflesso oculo-cardiaco è — 7.

All'esame generale particolare menzione ancora meritano il sistema linfatico, e le articolazioni.

Il sistema linfatico è globalmente e totalmente compromesso: alla regione sottomastoidea bilateralmente si hanno due voluminose linfoglandole, da voi stessi visibili anche a distanza, grosse come una noce o più, di consistenza poco più che fibrosa, indolenti, liscie, mobili sui piani sottostanti e senza adesioni alla pelle che non è nè calda, nè dolente, nè rossa: mancano quindi i segni sia di periadenite, che di fluidificazione.

Sempre ai lati del collo inoltre un po' più a sinistra che a destra vi è una pleiade ghiandolare, fatta di ghiandole catenate, della grossezza fra un seme di grano-turco ed un fagiolino, fibrose, lignee, indolenti, non fluidificate nè aderenti fra loro nè ai piani sopra- e sottostanti; esse sono isolate e non hanno tendenza a raggrupparsi a pacchetti.

Altre ve ne sono alle regioni ascellari, di cui qualcuna anche calcificata, come potete vedere nella radiografia di cui faccio contemporanea proiezione e altre ghiandole catenate si palpano alle regioni epitrocleari; altre dure, grosse e con i soliti caratteri, anche figurano alle regioni inguino-crurali.

Possiamo bene quindi parlare di polilinfomatosi generalizzata.

L'altro rilievo patologico che emerge all'esame generale è lo stato delle articolazioni. Le temporomandibolari che furono compromesse in un periodo iniziale della malattia, oggi più non lo sono e difatti la nostra malata apre bene la bocca senza averne nè dolori, nè riduzioni del gioco articolare. Liberi sono i movimenti del capo e della colonna cervicale. Osservando poi le articolazioni degli arti superiori vediamo che le scapolo-omerali non sono libere, e ben funzionanti, per una modica dolenzia bilaterale alla pressione sull'interlinea articolare; ma la riduzione del movimento della spalla è dovuta più a contrattura di difesa che ad anchilosi. Ridotti sono pure i movimenti dell'articolazione del gomito che è costantemente tenuto in semi-

flessione: l'estensione dell'avambraccio sul braccio. Infatti è possibile solo in parte e ciò non tanto per compromissione intrinseca articolare, quanto, (come bene si avverte con la palpazione quando si cerca di estendere l'arto), per causa di una retrazione muscolo-tendinea specie a carico del bicipite; tale riduzione di funzione cioè va attribuita a fibrosite retraente.

Più gravemente colpite sono bilateralmente e simmetricamente le articolazioni delle mani e del polso che è pastoso e tumido come a manicotto. I movimenti attivi sono molto ridotti, e quelli passivi più liberi ma dolorosi, la pelle è lucida, sottile e detersa. Le articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee sono tumefatte ed anche in queste i movimenti sia attivi che passivi figurano molto ridotti.

In nessuna articolazione vi è fluttuazione; non sinovite essudativa nè alle mani nè altrove, non rumori di scroscio. Le articolazioni

D'altra parte lo studio della sensibilità, l'esame elettrico, la ricerca di dolenzia lungo i tronchi nervosi, ecc. tutto è negativo; anche i riflessi sono normali e manca ogni segno di lesione piramidale.

Per il resto dell'esame obbiettivo abbiamo: Al capo, movimenti liberi indolenti; i nervi cranici sono normali, come pure la statica, la motilità e reflettività oculo-palpebrali.

Solo esiste un leggero esoftalmo, sul tempo di comparsa del quale l'ammalata non sa dare ragguagli. Così pure, ed è importante notarlo, l'esame del cavo orale figura normale e le tonsille — che sono fibrose ed incapsulate, — quando spremute non danno zaffi di pus, sì che anche un accurato esame dello specialista otorinolaringoiatra nulla ci segnala di patologico.

Al collo nulla vi è d'importante, eccetto le linfoglandole già descritte, la tiroide è normale.

FIG. 1. — Mani della paziente.

metacarpo-falangee ed interfalangee, come benissimo vedete hanno invece bilateralmente tendenza alla sublussazione (vedi fig. 1), e ricordano benchè lontanamente le alterazioni che si osservano nel reumatismo cronico deformante nel quale vi è noto che si possono avere tre tipi: in sublussazione, in flessione e rettilineo.

La dolenzia articolare è modica agli arti superiori le cui masse muscolari sono tutte notevolmente ipotrofiche ed ipotoniche (contratture segnalate a parte).

I riflessi tendinei e periostei agli arti superiori sono normali.

Agli arti inferiori, dove la malattia ebbe inizio, poco ora si vede: e solo si nota una certa tumidezza dell'articolazione tibio-astragalica e al dorso del piede; i movimenti sono abbastanza liberi ed indolori, anche alle ginocchia, che sono normali, i movimenti sono poco ridotti. Nulla si osserva alle articolazioni dell'anca. La pelle che riveste le articolazioni, sia quelle tumefatte, sia quelle normali, non è arrossata nè calda, nè dolente.

Al torace, per essere brevi, dirò che l'esame è del tutto negativo: apparato respiratorio, centro circolatorio e vasi sono normali, consentite dunque che sorvoli: sottolineo solo che non v'è nessun segno di endocardite o di miocardite e nessun dato specifico, neppure alla radiografia, a carico dell'apparato respiratorio.

L'addome è indolente, trattabile, regolare. Il fegato deborda appena nelle profonde inspirazioni di mezzo centimetro all'arco costale, con limite superiore normale, la milza invece è decisamente compromessa: dacchè il limite superiore è all'ottava costa sull'ascellare media, il polo inferiore debordava, all'entrata, di due dita, e ora appena un dito e il margine anteriore è all'ascellare anteriore, la consistenza dell'organo è normale.

La milza quindi è sicuramente e patologicamente ingrossata, benchè non di tanto da potersi parlare di una vera e propria splenomegalia.

Tutto il resto dell'esame obbiettivo è normale. Così la deambulazione si compie ora di-

scretamente bene e il gioco articolare degli arti inferiori non è alterato. Devo infine informarvi che anche tutte le articolazioni vertebrali sono normali.

Sarò breve per le ricerche: le urine sono normali, l'esame del sangue dà un'anemia di tipo secondario, con emoglobina all'entrata: 80, ora 75 (Sahli). Globuli rossi all'entrata 4.180.000 ora 3.800.000, valore globulare 0,98. Globuli bianchi 4.800 prima; ora 6.500.

La formula leucocitaria mostra una leggera linfocitosi: Polinucleati neutrofili 69, basofili 0, eosinofili 1, monociti 3, linfociti 27.

La pressione arteriosa, come vi ho detto, è Mn 50, Mx 90.

Le reazioni di Wassermann e Meinicke e Khan sono negative. Le sieroreazioni per la maltese sono state pure negative. Le emoculture praticate sui terreni comuni e sul terreno di Loewenstein, sono state negative.

L'azotemia è 0,20 ‰

La glicemia è 0,94 ‰.

La colesterinemia è di 130 mmg. Il ricambio emoglobinico ha dato: feci di 3 giorni: gr. 700, bilina eliminata in 24 h. Unità Terwen 233. Indice emolitico = 1,6.

Il metabolismo basale è nei confini della norma, però verso i limiti inferiori. Dell'esame della gola già vi dissi; la cutireazione alla tubercolina è positiva.

L'esame radiografico delle ossa denota dei fatti interessanti che conviene bene considerare. Anzitutto osservate questa radiografia del torace: Non si notano in essa alterazioni nè del cuore nè dell'apparato respiratorio, neppure vi sono quelle modiche adenopatie ilari che così frequentemente si trovano, anche in soggetti normali e non vi è complesso primario.

FIG. 2.

In questa seconda radiografia invece si vedono bene alcune linfoglandole ascellari calcificate.

Nelle seguenti radiografie voi vedete la mano della paziente che mostra una notevole osteoporosi epifisaria, e decalcificazione molto manifesta delle epifisi. Una netta diffusa demineralizzazione esiste pure all'articolazione del gomito, e anche il ginocchio della nostra ammalata, sia all'epifisi che alla diafisi palesa un processo evidente di demineralizzazione (vedi rad. 2-3-4).

I margini articolari appaiono per contrasto più visibili e nettamente segnati. La stessa alterazione si ha ai piedi; onde osservate sopratutto alle ossa del tarso una manifesta decalcificazione, con scomparsa di numerose tra-

vate ossee secondarie. In nessun punto dello scheletro si notano fatti iperproduttivi o di addensamento.

*
* *

Abbiamo quindi un'ammalata che presenta due ordini di fatti: l'uno nel campo della patologia osteoarticolare, l'altro in quello della patologia linfoglandolare, compresa patente compromissione della milza.

Quale procedimento logico seguiremo per giungere alla diagnosi, di fronte all'alterazione patologica di due sistemi che generalmente non presentano una correlazione consensuale ad una unica causa? Le lesioni articolari infatti e quelle linfoglandolari generalmente non figurano associate. E da quale delle due prenderemo le mosse per arrivare alla diagnosi? Più semplice, ma meno didattico sarebbe partire direttamente dalla malattia stessa, qual'è, e fattane una descrizione, vedere se quadra col caso, ma io preferisco il metodo classico di risalire dai sintomi e da questi arrivare in via discriminativa ad un concetto unico, ad una diagnosi più che è possibile unitaria, metodo che si giudica antiquato ma che è ad ogni modo didatticamente il più utile e quello che in ultima analisi noi sempre mentalmente seguiamo.

Dalla milza è evidente che non si può partire: si potrebbero tuttavia forse prendere in considerazione le malattie infettive che possono dare quadri fino ad un certo punto simili con febbre, milza grossa e cioè di pseudoreumatismo infettivo come la *melitense* ma non è evidentemente il caso di soffermarvisi perchè nel nostro caso la febbre è insorta parecchio tempo dopo che il quadro morboso era già conclamato, e che già erano insorti dolori e tumefazioni e s'erano costituite deformazioni articolari, ecc. senza contare che vi è l'adenopatia sistematizzata che con la melitense nulla ha a che fare mentre l'ammalata rilevò le ghiandole la prima volta per caso, palpandosi il collo in occasione di un dolore di gola, quando già aveva la malattia e non sa dirci da quanto prima esistessero. Certo che talune linfoglandole almeno sono di antica data, dacchè, come le ascellari, sono calcificate; e perchè una ghiandola in seguito ad un processo patologico — che non è necessariamente specifico — si calcifichi così nettamente, come vedete alla radiografia, occorre un tempo lungo ben più dei tre mesi, da

Fig. 3.

cui daterebbe l'osservazione della adenopatia. Ci si può invece domandare se non può trattarsi di polilinfomatosi specifica, con pseudoreumatismo tubercolare di Grocco Poncet. Va intanto subito detto che il trovare delle ghiandole calcificate non implica di necessità natura specifica: poichè anche linfoghiandole ingrossate per altri processi patologici, possono calcificare. Ma anche alla radiografia del torace nulla assolutamente vi è di specifico. mente fistolizzano. Nè d'altra parte è facile che in un adulto l'infezione specifica dia una compromissione linfopatica così sistematizzata, quale si può avere invece specialmente nei bambini, ma allora col quadro scrofoloso, nel qual caso le linfoglandole non già sono come queste dure ma bensì molliccie e qua e là rammollite e fluidificate con flogosi che si propaga in vicinanza per periadenite. Qui niente di tutto ciò e può quindi escludersi una poli-

FIG. 4.

linfomatosi specifica. Nè è il caso di perder tempo ad escludere sia la polilinfosarcomatosi generalizzata che la forma localizzata di morbo di Kundrat, non riscontrandosi carattere aggressivo, e progressivo, con tendenza dei pacchetti ghiandolari a disalveare, confondersi e infiltrare. Della *leucemia*: manca il quadro ematologico; e anche mancano i caratteri di *una pseudo-leucemia* nel senso stretto di linfoadenosi aleucemica e cioè di forma in tutto e per tutto uguale alla leucemia, ma senza il quadro leucemico del sangue. Tuttavia in tali casi non è eccezionale di trovare un quadro subleucemico lieve, con modico aumento dei globuli bianchi, o quanto meno è piuttosto frequente (anche con un numero complessivo di leucociti normale) tro-

Vero è che si ha una cutireazione alla tubercolina positiva, ma è ben noto che se essa ha notevole importanza nei bambini e tanto più quanto più di tenera età, perchè significa che il soggetto è già stato infettato, negli adulti invece no, dacchè la cutireazione è positiva nel 90-95 % dei soggetti dei nostri ambienti di vita civile, e ci informa che vi *fu l'infezione*, che vi è *la malattia tubercolare*.

Qui non vi è adenopatia ilare, manca il complesso primario ecc., e all'infuori della cutireazione positiva non riscontriamo alcun elemento che sia specifico, dacchè anche già avvertii che la cicatrice alla regione sopraclaveare destra non ha i caratteri abituali alle cicatrici residue da linfoghiandole specifiche spontaneamente apertesi e che più o meno lunga-

vare marcata linfocitosi relativa, ciò che costituisce il sintoma di Pinkus; senza contare che queste forme non danno quasi mai lesioni articolari e di questo tipo.

Lo stesso argomento, fra gli altri, anche serve ad escludere il linfogranuloma maligno (Hodking Sternberg), malattia sistematica dell'apparato linfatico con proliferazione di speciale tipo granulomatoso degli elementi stromatici e reticuloendoteliali, d'onde (a parte i vari tipi della forma a seconda delle varie sedi invase e del decorso) le molteplici tumefazioni ghiandolari, e milza grossa e fegato grosso, ecc. ecc. Carattere importante ne è la febbre che può essere ad ondate, talvolta allora con esse coerentemente oscillando il volume delle linfoghiandole il che equivale all'antica « febbre ghiandolare di Ebstein ». Ma qui le ghiandole non hanno nè la durezza del linfogranuloma, nè la tendenza a conglobarsi e la febbre non è ondulante, e la cutireazione alla tubercolina è positiva, mentre nel granuloma maligno è per lo più negativa anche se il soggetto è uno specifico, ecc. ecc. Inoltre se per tale diagnosi si dovesse concludere resterebbe da porre altra diagnosi per gli altri dati patologici qui presenti e specie per le lesioni articolari mentre è regola elementare che bisogna sforzarsi per fare — ove ne sia possibile — una diagnosi unitaria. Si è giunti così alla sola affermazione generica di una linfomatosi sistemica sì che occorre vedere se esaminando i dati patologici del secondo gruppo di sintomi e cioè di quelli articolari, si può attraverso ad essi arrivare ad una diagnosi sintetica e unica.

Come data intanto mentre non sappiamo con precisione da quando si sia iniziata la linfopatia, (da 6-7 mesi almeno) siamo certi invece che le lesioni articolari non erano costituite in antecedenza.

È intanto poco probabile che si tratti di un *reumatismo cronico fibroso consecutivo a un reumatismo genuino* perchè la febbre è insorta da poco, mentre l'artropatia preesisteva assai da tempo prima e perchè a parte le fugaci manifestazioni iniziali la forma articolare rimase all'inizio localizzata e fissa nelle stesse articolazioni che per prime furono colpite, sì che ebbe del tutto a mancare il carattere flussionario, « reumatico » tipico del reumatismo articolare acuto. Valore assai più relativo ha invece la considerazione che questa paziente non ha nulla al cuore: dacchè la sua compromissione può benissimo mancare e tanto più facilmente quanto più si avanza con l'età mentre l'adenopatia e la splenopatia non sarebbero poi inquadrabili nella forma.

D'altra parte non vi furono mai i caratteri della *poliartrite acuta*, e ora si osserva uno stato particolare delle articolazioni cioè una diffusa demineralizzazione, con osteoporosi notevole dei capi articolari, e della parte spongiosa, mentre nulla vi è di articolare nel vero senso della parola, di artritico essudativo, e anche manca ogni segno di forma fibrosa e non vi è tendenza anchilotica. Onde possiamo escludere il reumatismo cronico fibroso secondario ad una forma acuta e il reumatismo articolare cronico *d'emblée*.

Ci muoviamo però in un campo dei più delicati dacchè il capitolo dei reumatismi cronici è ancora uno dei più oscuri della patologia, ogni caso racchiude in sè un mistero, e ogni caso è un problema a sè. Intanto non pare si possa parlare, osservando la nostra ammalata nel suo stato attuale di un *reumatismo cronico deformante*, nelle sue varie sottospecie di già ricordate. E ciò sia perchè sono in questa paziente libere le articolazioni dei piedi che nel reumatismo cronico deformante sono prevalentemente e quasi senza eccezione colpite; sia perchè i processi articolari si localizzarono da principio in più articolazioni, alcune delle quali in seguito divennero e sono tutt'oggi libere, sia infine perchè esiste sì la sublussazione in talune piccole articolazioni delle mani, ma non è dell'alto grado che siamo soliti osservare nel reumatismo deformante. E se di reumatismo cronico deformante e anchilosante si trattasse, dovremmo avere l'anchilosi ossea o fibrosa di qualche articolazione o quanto meno riduzione di movimenti per causa intraarticolare. Nel nostro caso invece abbiamo, è vero, in qualche articolazione una discreta riduzione del giuoco articolare, ma non per causa intrinseca articolare ma bensì per una fibrosite teno-muscolare e cioè, per un processo extraarticolare periarticolare e capsulare. E per vero anche alla radiografia l'interlinea articolare è completamente libera ed i contorni articolari regolari, mentre nelle articolazioni immobilizzate dal reumatismo cronico noi vediamo le travate ossee che attraversano il campo articolare, e dislocano, e fissano le articolazioni con relative anchilosi e deformazioni e criterio prognostico inerente.

Nè si tratta di un *reumatismo cronico infettivo* da un « *focus infectiosus* ». Noi abbiamo a lungo ed accuratamente cercato se si poteva mettere in evidenza un focus, ma inutilmente. Devo infatti farvi presente che oggi si pensa che molte artriti reumatiche infettive siano sostenute da foci infettivi a sede varia e cioè a carico delle tonsille, delle cavità pneumatiche della faccia, o dell'appendice ecc. o rappresentati da granulomi dentari e così via.

Si tratterebbe quindi del caso speciale, di quelle « infezioni focali », nel senso più vasto, la cui dottrina è stata fondamentalmente formulata da Rosenow e da altri autori americani e secondo la quale molte malattie sarebbero sostenute dalla presenza di particolari focolai infettivi (« foci ») in svariati punti dell'organismo (tonsille, seni, faccia, denti, ecc.).

Da detti foci passerebbero in circolo sia direttamente dei germi, sia loro prodotti tossici, capaci in ogni modo di agire a distanza provocando quadri morbosi diversi a seconda della diversa sede d'azione: tali focolai infettivi sono, secondo Rosenow, generalmente dovuti a streptococchi; ma, anche nel caso del reumatismo infettivo acuto o cronico, non è obbligatorio pensare alla necessità di una ben definita specificità di germe, avendo, secondo gli AA. americani, maggior valore in questo senso, piuttosto il tropismo dei germi stessi. Ed infatti, secondo le ricerche di Rosenow, di allievi e di altri autori, è risultato che spesso streptococchi isolati con la speciale tecnica da focolai infettivi generalmente tonsillari o dentari sono stati capaci di determinare inoculati in conigli quadri morbosi tali da richiamare quelli presentati dagli individui da cui provenivano. Io non mi addentro qui in questo brillante argomento da varii punti di vista attualmente allo studio anche nella mia Clinica: ma voglio semplicemente accennare di sfuggita alla sua grande complessità ed importanza, ricordando che la presenza di un focus nell'organismo deve essere considerata, secondo alcuni autori (Swift ed altri), quale causa di possibile sensibilizzazione specifica dell'organismo ai germi e ai loro prodotti, donde la possibilità di reazioni anche di tipo allergico da parte di quei particolari tessuti verso i quali gli streptococchi dei « foci » hanno presentato particolare corrispondente tropismo. Ed oggi al fattore allergico si torna a dare particolare valore precisamente anche nel terreno della patologia articolare (Chini). Ma trattasi, ripeto, di problemi tutt'ora allo studio, bisognosi ancora di accurate ricerche e che per ora non consentono sicure deduzioni.

Ma poichè nella nostra ammalata non abbiamo nessun focus infettivo da chiamar responsabile delle lesioni articolari, e poichè non sarebbe poi affatto spiegato nè il quadro di multipla linfomatosi nè il tumore di milza, dobbiamo cercare altrove. E cioè nelle malattie infettive, nel campo degli *pseudoreumatismi infettivi*, che meglio sarebbe chiamare reumatismi infettivi per sancire che ogni infezione può avere il suo corrispondente reumatismo secondario e consensuale.

Di *reumatismo infettivo* in senso stretto però dovrebbe parlarsi solo quando i fenomeni articolari o predominano su tutta la sindrome o sono talmente accentuati da essere per così dire in primo piano nella manifestazione infettiva.

Semplici artralgie infatti sono frequenti in quasi tutte le malattie infettive, e non rappresentano che la quota di sofferenza articolare di un organismo che risente nelle articolazioni come in tutti i suoi organi lo stato di malattia. E tali reumatismi infettivi, che possono anche avere quadro e decorso del tutto simile al reumatismo acuto genuino se ne distinguono perchè sono sostenuti da un agente infettivo noto (reumatismo infettivo, gonococcico, tubercolare, pneumococcico, ecc.).

Così mentre da una parte vi sono le *artriti vere*, metastatiche, infettive, da invasione batterica del cavo articolare, per esempio gonococciche, che si distinguono dai reumatismi infettivi anche perchè mancano del carattere speciale « reumatico » flussionario proprio di questi ultimi, dall'altra vi sono i quadri articolari in corso di infezioni di vario genere, quadri che sono variamente spiegati o ammettendo che i germi siano pochi o che siano poco virulenti, o che si tratti piuttosto di una localizzazione periarticolare con risentimento sinoviale da vicinanza.

Sia fermo intanto che possiamo avere tanti pseudoreumatismi quante sono le infezioni. E ricordiamo subito per la maggiore importanza pratica il gonococcico a localizzazione articolare e dolorosissimo, perchè erode ed esulcera in profondità. Si è per questo che i dolori sono così vivi anche se l'ammalato sta fermo in completo riposo: e che si può passare alla fibrosi articolare anchilosante, il che ora assai meno avviene di osservarne per la indubbia efficacia della vaccinoterapia per via muscolare e (quando possibile noi ne facciamo uso) anche intraarticolare. Ma qui la forma gonococcica va esclusa sia per la molteplicità delle articolazioni compromesse (la forma da gonococco in genere è mono od oligo-articolare), sia perchè manca ogni segno o presunzione di infezione gonococcica, sia per la tenuità dei dolori e la nessuna lesione strettamente endoarticolare. Ed è fuori discussione anche lo *pseudoreumatismo luetico* in quanto non vi è nozione, nè vi sóno sintomi di lues, coerentemente a che le varie reazioni sierologiche (R. Wassermann, Meinicke e Kahn) sono negative, così come il quadro generale della malattia, la polilinfomatosi, le artropatie del tipo indicato e la sieroreazione negativa anche escludono lo *pseudoreumatismo da maltese*.

Discutere invece bisogna lo *pseudoreumatismo tubercolare di Grocco-Poncet*. Fu Grocco (1) che per primo pensò che l'infezione Kochiana possa sostenere un quadro poliarticolare, e che bene individualizzò tale forma di pseudoreumatismo tubercolare (che all'estero va sotto il nome di Poncet), ben quattro anni prima dell'autore francese. E io vi rimando a una mia precedente lezione clinica in argomento (2) ove voi troverete riportate le testuali parole del mio Maestro.

Così come io ho allora esposto, confermo tutte le mie riserve relative al concetto di tu-

---

(1) GROCCO. *Cenni sopra due forme cliniche di infezione tubercolare.* Lo Sperimentale, 1892.

(2) FRUGONI. *Pseudoreumatismo articolare di Grocco-Poncet.* Minerva Medica, 1929, n. 8.

bercolosi infiammatoria di Poncet e Leriche, essendo infatti incline a credere che nei casi di pseudoreumatismo tubercolare si tratti di soggetti nei quali una lesione specifica *attiva* ha indotto una ipersensibilità distrettuale articolare e creata così la possibilità di reagire iperergicamente ai veleni batterici d'onde più o meno ricorrenti sinoviti acute, subacute o croniche. Intesa in questo senso, quale modo di reazione di tipo allergico dell'organismo sensibilizzato, la « tubercolosi infiammatoria » degli AA. francesi potrebbe costituire il terreno del reumatismo tubercolare, nello stesso modo con cui si ammette che una ipersensibilità ai prodotti streptococcici sia una delle concorrenti a quest'altra forma di reumatismo infettivo.

E poichè la nostra malata non ha lesioni specifiche dimostrabili in atto e poichè non ha essudazione sinovitica, nè borsiti multiple, nè tenositi lungo le guaine tendinee del polso, nè quei torpidi igromi che non di rado indicano la natura specifica della lesione, noi escludiamo lo pseudo reumatismo tubercolare. Vero è che alle radiografie si nota marcata demineralizzazione e cioè un carattere che è anche dell'infezione specifica, ma in questa la lesione non è così diffusa e precoce. E per di più manca nella nostra malata anche ogni segno di produzioni osteofitiche che esistono invece in tutte le forme che ora vi ho brevemente ricordate ed anche nelle specifiche potendosi cioè avere accanto all'osteite rarefacente anche la reazione produttiva e osteofitogena. Non arrivandosi così ad una diagnosi conclusiva e sintetica da nessuna delle due vie ora tentate, possiamo ora e in via di esclusione e in via diretta affermare che una sola è la malattia che può spiegare ad un tempo i tre gruppi di sintomi a carico della milza, ghiandole e articolazioni, è cioè la *malattia di Still-Chauffard*, che è una speciale forma di poliartrite cronica infettiva a individuazione clinica netta. In Italia Micheli e Gamna l'hanno bene ed ampliamente descritta sostenendone l'individualità clinica ed anatomo-patologica e altresì eziologica benchè ignota. I casi noti saranno sì e no in tutto un centinaio (1). Da noi, in Italia ne scrissero Cozzolino, Longo, Costa, Giordano, Rossi, Reitano, Fieschi, ecc. Si riteneva, una volta che fosse solo una malattia infantile, (e Still la descrisse infatti come una poliartrite cronica dei bambini), ma oggi anche la clinica generale degli adulti ha la sua casistica e si può dire che è una malattia che esiste oltre che nell'infanzia anche nell'adolescenza, giovinezza e persino nell'età adulta, senza preferenza di sesso. Si sono segnalati casi ad inizio acuto e tumultuoso, da simulare un reumatismo articolare acuto con febbri alte, vive tumefazioni dolorose articolari e qualche volta dolori di gola. Ma anche allora sono caratteri differenziali la comparsa dell'adenopatia diffusa, della splenomegalia, la mancanza del carattere tipico, reumatico, flussionario delle manifestazioni articolari e l'inefficacia della terapia salicilica. Predominano però i casi ad inizio subdolo insidioso ed a lungo progressivo decorso, abitualmente febbrile.

E sintomi caratteristici sono: linfomatosi multipla, artropatie, febbre, splenomegalia e decadimento marcato dalle condizioni generali con astenia ed anemia: dati tutti che nella nostra ammalata figurano positivi e presenti.

La febbre insorge in pěriodi vari della forma anche tardivamente e dopo le manifestazioni articolari, e può per lungo tempo decorrere come una febbricola intermittente o remittente a decorso cronico continuo, così come possono aversi degli accessi febbrili ricorrenti notevoli per intensità e alternati a periodi di febbricola o ad altri di apiressia, durante le quali fasi febbrili anche possono aversi delle eruzioni cutanee diverse: quali esatemi morbilliformi e scarlattiniformi.

Sintoma capitale e obbligatorio è la *polilinfomatosi*, e cioè un'adenopatia multipla, diffusa nei vari territori linfoglandolari e spesso disposta in modo simmetrico come spesso in modo simmetrico sono colpite le articolazioni. Si hanno generalmente linfoghiandole più grosse e precocemente interessate presso le articolazioni più colpite, carattere che pure nel nostro caso chiaramente esiste dacchè abbiamo una vera catena ghiandolare all'epitroclea, vero rosario satellite al processo morboso e alle lesioni che hanno sede alle mani ed ai polsi. E in sede loro mai avvengono fusioni, o rammollimenti chè le ghiandole restano bene isolate e mobili e mai molto voluminose, note particolari queste che le fanno distinguere dalle ghiandole tubercolari. E alle volte si notano (e questo come nel linfogranuloma di Sternberg) le modificazioni del volume delle ghiandole parallelamente ai periodi di ripresa febbrile e specie in rapporto alla recrudescenza dei fenomeni articolari; sì che quando poi le lesioni articolari diminuiscono di intensità anche le linfoglandole si fanno più piccole e diventano indolenti. Ma nella nostra ammalata dato che la temperatura è insorta da poco tempo, nulla di questo eventuale rapporto possiamo specificare. All'esame anatomopatologico le linfoghiandole sulla superficie di taglio si presentano di colorito uniformemente grigio biancastro, senza focolai neppure minimi di necrosi, senza nota alcuna di tubercolosi anche quando nell'organismo esiste qualche localizzazione tubercolare. La linfopatia è data, come dicono Micheli e Gamna, da una iperplasia degli elementi propri di seni linfatici,

(1) Per la letteratura vedansi sopra tutto i lavori di MICHELI e GAMNA (Minerva Med., 1928) e di GIORDANO (Arch. per le Scienze mediche, 1931).

endoteli e cellule del reticolo, e dagli elementi reticolari del tessuto linfatico propriamente detto, con notevole dilatazione dei seni ricchissimi di elementi sì da aversi quello che è chiamato benchè impropriamente catarro dei seni.

Al quale processo iperplastico che ha qualche nota di atipicità si accompagna la presenza di un certo numero di plasmacellule e di lievi note di essudazione citogena, di un numero insolito, cioè, di neutrofili e di eosinofili, con differenze nell'intensità della reazione dovuta in particolar modo alla diversa età dei pazienti ed al diverso stadio evolutivo delle lesioni. Onde nel complesso risulta più il quadro di uno stato irritativo cronico, che di uno stato infiammatorio come se la tumefazione ghiandolare avvenisse per opera di un virus che, dalle articolazioni, attraverso ai vasi afferenti arrivasse alle linfoglandole, il che dice non solo lo stretto rapporto fra linfopatia e artropatia, ma altresì che le tappe sono verosimilmente dall'articolazione alla stazione linfoglandolare satellite; il che anche sembra provato oltre che dalla comparsa dell'adenopatia, dopo dell'artropatia, dal decorso di poi parallelo delle due alterazioni. L'altro dato di capitale importanza è costituito dalle *lesioni articolari* che spesso dominano su tutto il quadro morboso: sono lesioni che localizzate frequentemente, negli stadi iniziali della malattia, almeno a poche articolazioni, finiscono per assumere una notevole diffusione. E tutte le articolazioni possono venirne interessate, dalle grandi alle piccole, come le piccole articolazioni delle mani e le articolazioni vertebrali; e la diffusione spesso avviene in modo simmetrico, e può avanzare sia lentamente e progressivamente che a *poussée* durante le esacerbazioni tipiche della malattia. Le artropatie consistono specialmente in alterazioni dei tessuti periarticolari, alterazioni a tipo capsulare o pericapsulare da cui risulta un ingrossamento a manicotto più o meno pastoso, con notevole demineralizzazione delle ossa specialmente epifisaria, e osteoporosi epifisaria, che abbiamo veduto essere nel nostro caso marcata.

Le articolazioni interessate durante le *poussées* evolutive anche possono essere ricoperte da pelle leggermente arrossata e appaiono tumefatte, a superficie liscia e regolare, fusiformi. frequentemente ripeto disposte in modo simmetrico. I movimenti articolari sia passivi che attivi, dolenti durante i periodi di esacerbazione, sono spesso molto limitati, e si può arrivare fino alla completa rigidità; e possono pure costituirsi delle posizioni viziate prevalentemente in flessione, con gravi difficoltà funzionali per cui questi ammalati sono allora obbligati a letto, immobili, pallidi ed emaciati. Le dita delle mani possono spostarsi in sublussazione verso il bordo ulnare, deformazione che nel nostro caso è bene evidente. La rigidità articolare e le posizioni viziate sono però di origine extraarticolare, in gran parte dovute cioè alle lesioni della capsula e dei legamenti ed alla contrattura dei muscoli e retrazione dei tendini, spesso con notevoli atrofie, che fanno ancor più risaltare l'ingrossamento articolare a fuso. Accanto ai quali dati positivi altri ve ne sono di negativi; per cui cioè in queste artropatie manca l'essudazione sinoviale, e non si arriva all'anchilosi ossea perchè il cavo articolare resta libero ed il contorno delle ossa e delle superfici articolari rimane quasi sempre inalterato anche quando la rigidità articolare è clinicamente assoluta. In qualche raro caso sono state osservate lesioni a tipo ulceroso della cartilagine articolare con proliferazione ossea lieve, e note di artrite deformante, ma sono casi rari, con lesioni di scarsa entità, secondarie, ed insorgenti in periodi avanzati di malattia. L'alterazione fondamentale cioè che è la base di questa speciale artrite cronica infettiva, che è il morbo di Still-Chauffard, rimane pur sempre la lesione della capsula e dei tessuti periarticolari.

E intanto concomita anemia di discreto grado di tipo secondario anemopoietico, con valore globulare minore di uno, e con frequente, ma non costante, leucocitosi neutrofila negli adulti, mentre nei bambini è frequente la linfocitosi relativa, e vi ha decadenza spesso notevole dello stato generale, come già ebbi a dire. Terzo sintoma importante da porsi a lato delle artropatie e delle adenopatie è *la splenomegalia*, che è quasi sempre presente, benchè qualche volta compaia tardivamente, anche cioè dopo vari mesi di malattia, sì che la sua assenza non autorizza ad escludere la forma. E pure il tumore di milza ha il carattere particolare da potersi notevolmente ridurre durante i periodi di remissione per poi ricomparire e aumentare con le esacerbazioni della malattia, parallelamente all'accentuarsi dei fenomeni articolari e delle adenopatie. Istologicamente si hanno i caratteri di un tumore infettivo di milza, con polpa abbondante e congesta e senza alterazioni speciali dei follicoli. Tolta la splenomegalia, all'addome si hanno reperti normali benchè Fieschi ad es. segnali nel suo caso compartecipazione delle ghiandole anche profonde e specialmente del distretto addominale. Il fegato ordinariamente non è ingrossato. Si sono trovate al tavolo anatomico spesso delle aderenze peritoneali e pleuriche e qualche volta anche pericardiche e anche nel corso della malattia versamenti cavitari. Localizzazioni pericardiche non sono rare nel morbo di Still; mentre lesioni endocardiche si hanno eccezionalmente.

L'eziologia della forma è tutt'ora ignota e discussa: chi ammette una entità nosografica a sè, chi vuol parlare non di malattia ma di sindrome di Still, legandola al reumatismo tu-

bercolare. E non vi è dubbio infatti che vi sono dei casi di pseudoreumatismo specifico che la simulano assai da vicino fino a poter presentare anche una modica splenomegalia, e potendo benissimo coesistere un'adenopatia multipla diffusa di natura specifica. Ma il carattere istologico delle lesioni ghiandolari, oltre alle note cliniche già dette, serve allora a differenziare le due forme. Noi per ora non abbiamo fatto alcuna biopsia, l'ammalata essendo entrata solo da pochi giorni, ma ci riserviamo di praticarla (1).

Micheli, e secondo me a ragione, la considera una malattia a sè, ben definita, ad eziologia infettiva senza alcun rapporto con l'infezione tubercolare anche perchè tutte le ricerche batteriologiche e istologiche sono risultate in questo senso negative. Nè l'ignorare fino ad oggi il virus corrispondente vale come argomento contrario così come non viene negata l'entità nosologica e il carattere infettivo del linfogranuloma perchè da un virus ignoto.

Così è infatti per il morbo di Still; la cui diretta eziologia ancora ci sfugge, ma tutto parla per una forma infettiva che Micheli considera come una sepsis cronica che colpisce prima specialmente le articolazioni dando processi prevalentemente capsulari e pericapsulari, e che quindi passando dalle articolazioni alle linfoglandole specie viciniori darebbe una polilinfomatosi, e infine tumefazione splenica, d'onde il tripode su cui poggia l'affezione: *artropatia, linfopatia, splenomegalia*, a cui si aggiungono febbre, anemia e progressivo decadimento delle condizioni generali. Venne anche in qualche osservazione segnalato un leggero esoftalmo, la cui origine non è ben nota e che nel nostro caso esiste in modico grado. È sicura la diagnosi del caso nostro? Io credo di averlo sufficientemente dimostrato poichè non è sufficiente obbiezione l'osservare che la febbre insorse tardi e che la milza è solo modicamente ingrandita, perchè è proprio di questa malattia lo scaglionarsi ed il susseguirsi dei vari dati: ed è stato sicuramente osservato che nella fase iniziale splenomegalia ed adenopatie possano anche mancare per comparire più tardi durante le *poussée* evolutive. Per la febbre, per le linfoglandole, con i caratteri segnalati, per il miglioramento presentato, lo stato anemico, la tipica forma di artropatia, con mancanza di manifestazioni sinovitiche, e per la notevole decalcificazione radiograficamente documentata, per le retrazioni fibrose e per tutte le esclusioni e considerazioni fatte noi ci sentiamo autorizzati ad affermare la diagnosi. Per le linfoglandole però sia detto che se quelle recenti sono in genere qui tipiche, isolate poco o punto dolenti, dure e fibrose, anche ve ne sono di calcificate, che potrebbero anche essere antiche ghiandole specifiche calcificate. Nessuno può infatti escludere le possibilità che su di un terreno tubercolare si ordisca anche uno Still nel quale caso si dovrebbero considerare due malattie associate indipendenti non interdipendenti.

È un caso quindi che era bene presentarvi e perchè ne prendiate diretta conoscenza e perchè ci ha permesso di fare durante il suo esame una sistematica discussione in tema di linfopatie e artropatie e di alcune sindromi circa le quali le opinioni non sono ancora concordi. Aggiungerò che la forma ha qualche volta una lunga parabola, anche di anni pur potendo poi la forma arrestarsi. Anche è possibile in qualche caso, benchè raramente, il ritorno in buone condizioni generali con miglioramento della crasi sanguigna e riduzione anche notevole dei fatti articolari. Qualche volta poi il decorso si arresterebbe con l'insorgenza di malattie intercorrenti. Ma tutto sommato la prognosi è sempre di entità e riservata: dacchè la malattia suole avere andamento cronico sì che dopo periodi di più o meno lunga quiescenza, alternati a riacutizzazioni, questi ammalati, anemici e denutriti finiscono non di rado per malattie acute intercorrenti. Micheli consiglia il neosalvarsan, e lo inizieremo e faremo anche terapia iodica intensa, mentre non daremo preparati antireumatici nè antiartritici, perchè questi malati, nè sono reumatici nè artritici nel senso gottoso della parola. Useremo invece preparati iodici, neosalvarsan e ricostituenti.

NOTA. — Durante la degenza la malata ebbe una cura di neosalvarsan, avendone ad ogni iniezione reazione termica, qualche volta anche elevata ma senza reazione articolare Dopo di che la paziente che all'entrata in Clinica non poteva per i dolori articolari reggersi o muoversi da sola sul letto, nè poteva da sola indossare indumenti e teneva gli arti superiori in semiflessione quasi rigida sul gomito, risentì, per quanto riguarda lo stato articolare, notevole miglioramento. Il giuoco articolare si fece più libero, più ampio e quasi indolore ma la tumefazione pastosa articolare non si modificò, invariate rimanendo pure la milza e le adenopatie e lo stato febbrile (37°,5-38°,5).

Negli ultimi giorni poi un fatto nuovo insorse e cioè la pelle specie al viso, alle mani ed alle regioni malleolari cominciò a tumefarsi, a diventare pastosa, succulenta, leggermente edematosa; e di poi regredendo, la pelle rimase tesa poco sollevabile in pliche formando come uno strato resistente e teso a tipo sclerodermico.

E modificazioni simili della pelle si notarono pure alle mani specie al dorso, ai polsi ed ai piedi, mentre si andavano negli ultimi giorni delineando i segni di multipli versamenti cavitari (pleure e pericardio).

(1) L'ammalata quasi subito dopo la lezione volle abbandonare la Clinica, ma la biopsia fu ugualmente eseguita nel Padiglione ospedaliero ove fu poi ricoverata (prof. MILANI) con reperto corrispondente alle lesioni del morbo di Still, come mi fu cortesemente riferito.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DELLA MISERICORDIA,
REPUBBLICA DI S. MARINO.

Sul trattamento delle fratture del collo chirurgico dell'omero.

Dott. GIUSEPPE AQUILANTI, direttore, chirurgo primario.

La tendenza di voler trattare sistematicamente con intervento chirurgico le fratture del collo dell'omero, mi spinge ad illustrare un caso caduto recentemente sotto la mia osservazione, per dimostrare come sia possibile raggiungere la guarigione ed il ripristino della funzionalità in tali lesioni, adoperando soltanto apparecchi adatti.

Con tale dimostrazione credo di far conoscere come nelle fratture del collo e lussazione della testa dell'omero non si debba sempre ricorrere alla riduzione cruenta e sutura dei monconi ossei, ma che questa debba soltanto rappresentare casi eccezionali per motivi speciali.

Nei casi comuni in cui non si abbiano schegge ossee libere e multiple determinate da fratture comminute, si deve a mio parere ricorrere ad apparecchi atti a raggiungere la guarigione, evitando gli inconvenienti e postumi necessari all'intervento chirurgico.

R. G., anni 16, da Montegrimano. Il 26 luglio 1931 nello staccare le foglie dai rami di un olmo cadde dall'altezza di circa quattro metri battendo violentemente a terra il lato sinistro del corpo, per cui si vide nell'impossibilità di adoperare l'arto superiore ed inferiore sinistro.

Accompagnata nell'ospedale da me diretto riscontravo: intenso dolore nei movimenti passivi dell'articolazione della coscia sinistra e nella pressione in corrispondenza del pube; tumefazione del terzo superiore del braccio sinistro; abolizione dei movimenti di elevazione, abduzione; accorciamento di tre centimetri dell'arto.

La diagnosi clinica di frattura del bacino e del collo dell'omero trovò conferma nell'esame radiografico praticato dal prof. Pietro Abbati, radiologo nell'Ospedale di Rimini e San Marino, col radiogramma n. 1 e con la seguente relazione: « Frattura dell'omero al collo chirurgico, com« plicata da sublussazione sottoacromiale della « testa.

« Frammenti in rapporto di contatto, ma in po« sizione non corretta per spostamento mediale « del frammento diafisario.

« Frattura dell'ileo sinistro all'altezza dell'ace« tabolo, senza apprezzabile spostamento dei « frammenti e all'unione del corpo del pube colla « branca ischio-pubica, senza notevole spostamen« to dei frammenti ».

Per la lesione del bacino la cura si presentava in modo semplice, poichè la mancanza di spostamento di frammenti richiedeva soltanto un'apparecchio immobilizzante.

Ma non così semplice appariva la via da seguire per la lesione dell'omero.

Eliminato l'intervento chirurgico bisognava applicare un apparecchio che ponesse il braccio ad angolo retto, che esercitasse una trazione tale da porre in contatto diretto gli estremi della frattura e spingesse la testa nella cavità articolare per ridurre la sublussazione.

Feci pertanto preparare l'apparecchio costruito

FIG. 1.

con due assicelle di legno ad angolo acuto in modo che su una riposasse il braccio all'altezza della spalla e su l'altra l'avambraccio flesso. All'estremità della prima assicella due molle robuste ed elastiche determinavano la trazione sul terzo inferiore del braccio. L'apparecchio trovava appoggio sulla cresta iliaca. Esso fu sopportato dall'inferma con tutta facilità e senza il minimo disturbo. Tolto dopo 25 giorni, il braccio non presentava nulla di anormale: nessuna deformità a carico di esso e della spalla, chiaro appariva il saldamento dei monconi ossei, l'accorciamento dell'arto era di mezzo centimetro, i movimenti passivi erano tutti possibili sia quello di elevazione, di rotazione, di abduzione; quelli attivi non possibili subito per ovvie ragioni, si ripristinarono rapidamente e completamente.

Dopo 20 giorni infatti si rivide l'infortunata e la funzionalità dell'arto era tornata talmente nor-

male dal far mettere in dubbio l'esistenza della frattura, se non fosse stata consacrata dall'esame radiografico.

A conferma dell'esito fu praticato dallo stesso prof. Abbati un nuovo riscontro coi raggi, ottenendo il radiogramma n. 2 con la seguente relazione: « I frammenti sono validamente saldati da « callo osseo già in avanzato consolidamento e con « accenno di iniziato ripristino strutturale.

Fig. 2.

« La sublussazione della testa omerale è prati- « camente ridotta, come bene appare nel radio- « gramma eseguito a braccio abdotto ».

Ho creduto opportuno richiamare l'attenzione sul trattamento delle fratture del collo omerale, per far conoscere come sia possibile raggiungere esiti ottimi con metodi semplici, alla portata di tutti e per dimostrare come l'applicazione razionale di apparecchi, possa ripristinare la completa funzionalità di un arto, senza la necessità di ricorrere ad interventi chirurgici.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di frattura del collo chirurgico dell'omero in cui si raggiunse la completa guarigione con la sola applicazione di apparecchio adatto.

San Marino, febbraio 1932.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

La tubercolosi nel 1931.

(P. Lereboullet e M. Lelong. *Paris Médical*, 2 genn. 1932).

Dopo aver passato in rivista le principali teorie e le più moderne cognizioni sulla tubercolosi gli AA. richiamano l'attenzione sull'opera vasta e completa pubblicata recentemente da Sergent, Bordet, Durand e Couvreux e sulle relazioni degli ultimi congressi sulla tubercolosi tenutisi a Bordeaux e a Bologna. Specialmente interessante è riuscito questo ultimo per i nuovi provvedimenti in esecuzione per l'applicazione delle leggi sulle assicurazioni sociali.

Dal punto di vista scientifico-biologico gli ultimi studi riguardano e la questione della bacteriolisi del b. di Koch, bacteriolisi che viene contestata dalla maggior parte degli autori, e quella dell'ultravirus tubercolare.

Fra i contributi più interessanti sull'argomento gli AA. citano i lavori di Sanarelli e Alessandrini.

J. A. Weil dallo studio delle opinioni correnti e dalle sue ricerche personali pensa che ai vari costituenti isolabili del bacillo di Koch si possano attribuire lesioni proprie.

Così ai lipoidi sarebbero attribuibili le formazioni specifiche tubercolari, mentre alle frazioni proteiche, ai polisaccaridi sarebbero dovute le lesioni aspecifiche.

Le proteine bacteriche agirebbero come antigeni provocando la formazione di anticorpi, tale funzione e quindi lo stato di sensibilizzazione allergica spettano nella maggior misura ai germi vivi.

Sull'eredità tubercolare le più recenti sono le teorie di Monckeberg, il quale ammette la possibilità della trasmissione placentare nelle tre forme: tubercolosi congenita bacillare con lesioni anatomiche; bacillari congenite senza lesioni (forma setticemica pura); infezione transplacentare per mezzo dell'ultravirus.

La teoria è molto contradetta dal Couvelaire e Lecomme. Studi ed osservazioni riguardo all'importanza che ha il contagio diretto e prolungato nella determinazione della tubercolosi nell'adulto hanno fatto R. Debré e T. Martiny-Gagey.

Parecchi AA. hanno lavorato sulla bacillemia tubercolare, sperimentando varii metodi di coltura che hanno mostrato d'essere sensibili solo a concentrazioni altissime di germi.

Ciò fa presumere che la abituale negatività dei risultati dell'emocoltura non dipenda dalla mancanza di bacillemia.

I metodi recenti per l'isolamento del b. di Koch dal sangue non hanno dato buona prova alla maggior parte dei ricercatori.

Sulla pressione arteriosa ha pubblicato il Farna, il quale dichiara che la tubercolosi non è affatto una malattia ipotensiva, e che la tensione arteriosa non ha significato prognostico. Alle stesse conclusioni sono arrivati molti autori per il dosaggio delle proteine nel sangue.

Riguardo alla vaccinazione preventiva con il vaccino B. C. G. vengono citati numerosi lavori, i quali ne confermano l'innocuità e l'efficacia.

Nel campo della terapia vengono citate le ricerche di Levaditi e di Yuan Po, i quali con l'ergosterolo irradiato hanno ottenuto rapide calcificazioni di focolai tubercolari, gli studi sul pneumotorace tra i quali uno interessante di Paul Veran sui criteri per dosare la durata del trattamento e molti lavori sul metodo di frenico exeresi e di alcoolizzazione del frenico.

C. NERVI.

L'aspetto della guarigione della tubercolosi dopo cessazione del pneumotorace.

(P. VÉRAN. *Gaz. des Hôpitaux*, n. 24, 1932).

Dallo studio di 250 casi di pneumotorace artificiale, interrotti da parecchi anni, l'A. ha potuto schematizzare i differenti aspetti della loro guarigione.

Riferiamo i punti più salienti.

STATO FUNZIONALE. — *Dispnea da sforzo.* Non esiste alcun rapporto tra la tendenza alla dispnea, l'estensione delle cicatrici, da retrazione toracica, lo spostamento del mediastino e del cuore. In alcuni casi si osserva indifferentemente l'esistenza di un fibro-torace, di destrocardia intensa, d'una marcata retrazione toracica con attrazione del mediastino in individui che esercitano senza disturbi dei mestieri faticosi. In altri casi invece si ha facile dispnea, malgrado che la lesione iniziale sia stata poco grave, sia ritornata quasi normale l'immagine toracica, il cuore poco deviato ed indenne da manifesta insufficienza.

Dolori toracici. — Sembrano più intensi quando è più marcata la retrazione toracica. Intervengono spontaneamente in occasione di una fatica o di cambiamenti di tempo. Probabilmente sono dovuti ad irritazione dei nervi intercostali da parte della pachipleurite iperplastica viciniore.

Espettorazione. — In una scarsa proporzione 10-15 % dei casi si è osservata la persistenza d'una espettorazione regolare di moderata quantità in soggetti in cui il P. A. era stato istituito a freddo sopra lesioni cronicissime. L'A. non può sottoscrivere all'opinione di Burnard e di Weck sulla possibilità di trasformazione delle antiche caverne tubercolari in dilatazione bronchiale poichè questa eventualità dannosa non è stata osservata.

Aspetto del torace. — In un notevole numero di casi con un esame diligente si può mettere in evidenza un grado variabile di retrazione toracica più o meno localizzata. Talvolta la retrazione toracica è evidente e corrispondente alla classica descrizione di Laënnec. Un'intensa retrazione dell'emitorace si osserva nei casi in cui il P. A. era complicato a reazione pleurica prolungata, generalmente liquida. La retrazione può essere accompagnata da deformazioni localizzate più o meno intense.

L'ascoltazione. — Interessante è il reperto ascoltatorio di questi soggetti esaminati parecchi anni dopo il riassorbimento del gas.

La respirazione può essere pura anche se il P. A. si complicò con versamento. Più frequentemente è diminuita all'apice, alla base o in tutto l'emitorace.

Talvolta si percepisce un respiro bronchiale localizzato o esteso; non si percepiscono rumori di timbro cavitario. In alcuni casi si sentono rantoli localizzati o diffusi, fini crepitazioni, o dei rantoli sonori secchi e differenti dai rantoli « consonanti » di significato allarmante.

In complesso l'esame fisico prova che la *restitutio ad integrum* è frequente dopo interruzione del P. A. anche se la lesione iniziale era grave e la persistenza di rantoli secchi più o meno densi e diffusi non deve far dubitare della guarigione se non esiste alcun segno di attività tubercolare.

IMMAGINI RADIOGRAFICHE. — *I polmoni e la pleura.* La *restitutio ad integrum* si avvera nel 37 % dei casi. Il campo polmonare è chiaro e si rischiara bene sotto tosse nelle regioni anteriormente malate. Talvolta, sebbene raramente, è impossibile all'occhio meglio esercitato distinguere quale fu il lato affetto. Il segno più fedele e che non manca mai è l'attrazione parziale o totale, anche discreta, del mediastino o del cuore dal lato anteriormente malato.

Le immagini toraciche cosidette « normali » si vedono nei casi più diversi pur osservandosi più frequentemente nelle lesioni più recenti. Non sono eccezionali le guarigioni per calcificazione.

I casi misti in cui accanto alle opacità polmonari si osservano opacità pleuriche sono i più numerosi. La pachipleurite può velare in tutto o in parte il campo polmonare, localizzarsi al seno costo-diaframmatico, alla regione ascellare, coprire più o meno l'opacità cardiaca.

Quale che sia l'estensione di queste ombre non si deve, da questo aspetto radiologico non fisiologico, pensare all'insufficienza della guarigione.

L'A. prende quindi in considerazione: 1) alcuni *paradossi radioclinici* della guarigione quali le ombre sopradiaframmatiche simulanti immagini cavitarie, sinfisi residuali iuxtamediastiniche simulanti una pericardite. A lato

di paradossi radiologici quelli clinici quali una respirazione pura all'apice primitivamente malato mentre questa è diminuita o soppressa alla base del torace. Questi paradossi, in cui i segni anormali si trovano alla base mentre la lesione interessava l'apice si spiegano facilmente riferendoli a processi pleuritici.

2) *Il comportamento del peso* consecutivo all'arresto del collasso. Sopra 181 casi di P. A. interrotto, nel 18 % si osservava un aumento del peso dopo l'interruzione mentre era stazionario o progressivamente abbassato durante il collasso, nell'82 % la curva ponderale fu in complesso ascendente durante il periodo dei rifornimenti e poi stazionaria o ancora ascendente.

3) *L'atrofia del seno omologo* in cui si tratta di atrofia intensa dei lobuli glandolari divenuti dal lato collabito indiscutibilmente meno voluminosi che dall'altro lato è stata osservata nel 4 % dei casi. L'atrofia della glandola mammaria sembra riferibile ad un disturbo trofico per lesione locale dei nervi intercostali e dei loro filuzzi simpatici.

4) *Un terzo tono del cuore.* Sopra 150 soggetti esenti da cardiopatia in 4 casi si sentiva un terzo tono del cuore che risiedeva alla punta. Si trattava di soggetti con sinistrocardia ed attrazione del mediastino. Non si trattava nè di ritmo di galoppo, nè di sdoppiamento del secondo tono. Sembra all'A. che le modificazioni statiche e cinematiche del cuore dovute alla sclerosi pleuro-polmonare retrattile, non siano del tutto estranee alla produzione del fenomeno.

5) *Sui rapporti tra guarigione e gravidanza* i risultati dell'A. non si discostano da quelli noti, avuti da altri AA. D. LONGO.

Dubbi e pericoli dell'auroterapia nella tubercolosi polmonare.

(G. DE MASI. *Il Morgagni*, aprile 1932, n. 17).

L'auroterapia, oggi molto in voga nel trattamento della tubercolosi, è però ancora molto discussa e si può dire che ancora non se ne conoscono le precise indicazioni, le controindicazioni, così come la scelta e il dosaggio dei preparati.

Léon Bernard, che, con Poix è stato forse uno dei maggiori sostenitori dell'auroterapia, come del resto la maggior parte degli AA., non la crede una terapia che agisca direttamente sul bacillo, ma pensa ad un'azione sclerosante.

Secondo il Bernard i casi più indicati sarebbero dati dalle poussées evolutive della tbc. polmonare; nel 45 % dei casi egli ha ottenuto progressiva caduta della febbre, diminuzione e scomparsa della tosse e dell'espettorato.

I principali accidenti da auroterapia, secondo Ameuille e Hinault sono: gastrointestinali, cutanei, renali e di indole generale. I primi sono più frequenti: nausea, vomito, colica, diarrea passeggera. Rari sono gli itteri.

Degli accidenti cutanei il più banale è il prurito, spesso sintoma di allarme, più frequenti gli eritemi locali o generalizzati, eritrodermie esfoliative.

Sono stati descritti casi di porpora emorragica con eruzione rosso vinosa su tutta la pelle, ingrandimento del fegato, ritardo di coagulazione del sangue. A volte si hanno pigmentazioni locali o generalizzate che possono comparire anche parecchi mesi dopo il trattamento con i sali d'oro.

Rara è la stomatite da oro che non deve essere confusa con il lichene planus della bocca.

Circa gli accidenti renali possiamo dire che tanto l'albuminuria quanto l'anuria non debbono essere con troppa facilità attribuite all'azione dei sali d'oro, e che seppure qualche volta sono riferibili al trattamento criso-terapico non debbono eccessivamente preoccupare.

Circa la febbre, non vi è dubbio alcuno sulla sua origine quando essa si ripete e coincide con la introduzione di oro, e però sembra che essa non porti un aggravamento al decorso della malattia.

I casi, del resto rari, di pleurite essudativa durante il trattamento con i sali d'oro sono d'ascriversi quasi totalmente all'azione del bacillo di Koch.

Riguardo alle dosi i pareri sono molto discordi; le conclusioni degli AA. che più si sono occupati dell'argomento, dimostrano che le piccole dosi, molto spesso sono più nocive delle dosi elevate. Le dosi saranno in linea di massima applicate tenendo conto sopratutto della sensibilità dei singoli malati. In corso di accidenti da auroterapia sono utili l'autoemoterapia e il bromuro di sodio endovenoso contro il prurito, l'opoterapia epatica e splenica contro alcuni disturbi della digestione.

Tutto sommato, la crisoterapia va oggi considerata come una buona conquista per la cura della tubercolosi. R. GARBINI.

La terapia stomosinica nella tubercolosi polmonare.

(SOGLIA. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, n. 3, 1932).

I fenomeni reattivi che seguono all'introduzione di tubercoline, vaccini od altre sostanze di origine bacillare hanno messo in evidenza il fatto che le reazioni difensive verso l'infezione tubercolare hanno luogo sopratutto nei tessuti, così che oggi, scartata ormai l'immunità sierale, verso la quale dopo la scoperta di Behring erano fluite tutte le speranze dell'immunoterapia antitubercolare, questa si è indirizzata allo scopo di esaltare con opportuni stimoli le reazioni difensive dei tessuti, cioè

quello che si chiama lo stato allergico dell'organismo.

Fra le varie sostanze che sono capaci di azioni stimolanti generali sull'organismo infetto di tubercolosi, i prodotti batterici sono quelli che hanno azione allergizzante più tipica e specifica e di questi, secondo Pick e Spiro, Heilner, Weichardt, ecc. la parte attiva starebbe unicamente in una frazione abiuretica. Da ciò deriva che queste sostanze allergizzanti debbono, come primo requisito, contenere il principio attivo al maggior grado di depurazione possibile, così da consentire la graduazione dello stimolo curativo e sovratutto da evitare le azioni collaterali tossiche.

La stomosina antitubercolare, che è un prodotto abiuretico del bacillo di Koch, risponde meglio di ogni altro preparato a queste condizioni e sono noti i numerosi contributi clinici sulla terapia stomosinica della tubercolosi dovuti a Morelli, Piola, Castellani, Winternitz, Jacchia, Castelli, Spitzer, Zappia, Bottacin, Aloigi-Luzi, Abrate, Coda, ecc.

L'A. aggiunge nuove osservazioni raccolte nel sanatorio Villa Azzurra di Bologna, diretto dal Prof. Costantini. I casi presi in esame sono trenta, dei quali otto di peribronchite fibrosa, sei di bronchiolite e peribronchite, sette di broncoalveolite moderata, a piccoli focolai isolati, nove di broncoalveolite a focolai confluenti unilaterali o bilaterali con o senza processi ulcerativi.

Nel primo gruppo l'A. ha contato sei casi guariti clinicamente e due molto migliorati con apiressia stabile, miglioramento delle condizioni generali e del reperto toracico. Nel secondo gruppo ha contato 3 guarigioni cliniche e tre miglioramenti notevoli; nel terzo gruppo tre guarigioni cliniche e quattro miglioramenti notevoli, con scomparsa della tosse e dell'escreato, apiressia, aumento di peso, miglioramento della sanguificazione, assenza di fatti umidi all'ascoltazione. Soltanto l'ultimo gruppo ha fornito risultati negativi, in quanto in un solo caso si è avuto un miglioramento e un caso è rimasto stazionario.

I risultati favorevoli sono quindi notevoli, avendo raggiunto il 70 % dei casi curati. La tecnica seguita è stata quella di una iniezione ogni cinque giorni a dosi minime, per via sottocutanea, partendo da unità 1,25, ed aumentando successivamente di sei unità per volta sino a raggiungere la dose massima di 200 unità. Dopo un periodo di riposo di 40 giorni la cura è ripetuta.

Dalle sue osservazioni l'A. conclude che la stomosinoterapia dà buoni risultati nella cura della tubercolosi polmonare quando sia applicata con la giusta tecnica e nei casi adatti, quelli cioè a tendenza fibrosa, non molto evolutivi, con discrete condizioni generali e senza imponenti complicazioni tossiemiche. Le controindicazioni sono quelle generali di ogni terapia allergizzante, le emottisi recenti e gravi, e le forme ipertermiche che denunciano un processo molto attivo. L'A. non ha osservato nè reazioni locali notevoli nel punto d'iniezione, nè le vere reazioni di focolaio cui di solito danno luogo le cure tubercoliniche.

La stomosinoterapia determina soltanto delle reazioni termiche, sulle quali è possibile basare i criteri che debbono informare la scelta delle dosi e la ripresa e prosecuzione della cura. Rimane perciò confermato quanto era già acquisito alle nostre conoscenze, cioè che la terapia stomosinica antitubercolare, quando venga applicata con giusta tecnica, rappresenta un valido aiuto nella cura della tubercolosi polmonare. A. POZZI.

EMATOLOGIA.

Sindrome ganglio-splenica con leucocitosi e linfocitosi guaribile spontaneamente.

(CODVELLE e SOHIER. *La Presse Médicale*, 14 maggio 1932).

Un uomo di 25 anni, senza fatti morbosi precedenti e senza contemporanee elevazioni termiche, nota un rapido progressivo indebolimento e la comparsa di ghiandole tumefatte alle ascelle: viene ricoverato all'ospedale e l'esame obbiettivo mette in evidenza, oltre la compromissione ghiandolare limitata al territorio suddetto, una evidente ipertrofia splenica. All'esame del sangue si hanno 21.200 leucociti di cui il 76 % è dato da linfociti: rarissime — tanto da non poter essere comprese nella formula — le forme immature a tipo linfoblastico. Nessun segno di diatesi emorragica; normale la crasi della serie rossa. Nell'attesa di poter praticare una biopsia viene istituita una semplice cura ricostituente e, a sorpresa, si constata che in poche settimane il numero dei leucociti e la formula si normalizzano e la milza ritorna al suo volume fisiologico.

Entro tre mesi è scomparso dell'affezione pregressa ogni segno soggettivo, ematologico, ghiandolare.

Nella discussione clinica del caso, esclusa ogni forma infettiva compresa la lue secondaria, escluso il linfogranuloma maligno oltre che per l'assenza di molti segni clinici per la mancanza della abituale stigmata linfopenica, è da considerarsi la leucemia di cui si è voluto da taluno ammettere la forma curabile; ma le ghiandole non avevano nessun carattere tumorale, ma lo stato generale non era alterato, ma la serie rossa sanguigna era normale mentre le variazioni dei leucociti erano sopratutto quantitative, in minimissima parte qualitative.

E la guarigione completa e totale e, sopratutto, spontanea non può accordarsi colla diagnosi di leucemia o pseudoleucemia.

Per le stesse ragioni è da escludersi anche la possibilità che si sia trattato di una poussée

linfocitaria in corso di linfomatosi aleucemica; più ardua è invece la discussione sulla pseudoleucemia di natura infiammatoria e specie — non potendosi invocare nè la tubercolosi nè alcuna forma parassitaria nè una forma generalizzata di linfogranuloma inguinale — su quella sindrome, che è conosciuta come febbre gangliare di Pfeiffer, mononucleosi infettiva di Sprunt e Evans, angina monocitica di Schultz, linfadenosi acuta di Mac Kinlay e Downey.

Di questa malattia gli AA. riassumono una osservazione che può considerarsi come una forma intermedia fra l'angina monocitica e il caso in discussione dal quale differiva soltanto per la precedenza di un episodio febbrile con angina: ma non possono concludere per l'unicità del quadro morboso poichè, se anche l'angina può mancare o essere del tutto inavvertita, la assenza di febbre e di ogni sintomo di acuzie, l'inizio insidioso e l'evoluzione prolungata costituiscono dei caratteri differenziali che non si possono trascurare.

La nozione del caso descritto che per ora, in assenza di ogni dato eziologico e patogenetico meno che ipotetico, deve essere considerato soltanto dal punto di vista clinico, può permettere, in circostanze analoghe, di evitare prognosi ingiustamente infauste e di soprassedere ad inutili trattamenti radioterapici che falserebbero il criterio diagnostico.

M. PISA.

La granulopenia.

(G. M. PIERSOL e E. STEINFIELD. *Arch. of Int. medic.*, aprile 1932).

Secondo Schultz e un gruppo di autori che l'hanno seguito la agranulocitosi è un'entità clinica nettamente distinta ed è precisamente una malattia o un'infezione primaria della struttura granulopoietica del midollo osseo con manifestazioni necrotiche al cavo orale e le manifestazioni necrotiche sono il focolaio primario di un'infezione specifica.

Altri autori invece riconoscono anche altre cause di granulopenia: varie infezioni, veleni chimici, raggi X, radium.

Dahlen e Wahlgren ritengono che si tratti di un'infezione che agisca su un individuo predisposto per ipoplasia del midollo.

Così dal termine « agranulocitosi » si è giunti a quello di « granulopenia » per indicare che ci sono forme di passaggio in cui l'assenza di granulociti non è assoluta.

La sindrome di Schultz è una granulopenia primaria, senza causa nota per ora. Ci sono poi granulopenie secondarie a infezioni generali (influenza, tifo, sepsi, ecc.), e locali, a intossicazioni (arsfenamina, benzene), a irradiazioni, a malattie del sangue (leucemia, anemia aplastica, ecc.).

Granulopenia primaria. Malattia febbrile acuta accompagnata da prostrazione, lieve ittero, angina necrotica, lesioni gangrenose della bocca, del faringe, della vagina e anche di altre parti (esofago, stomaco, colon, retto, ano). C'è notevole diminuzione del numero dei leucociti, specialmente dei polimorfonucleati; che possono essere il 10 %. Non alterazioni o scarse a carico delle emazie, dell'emoglobina e delle piastrine. C'è modico aumento del fegato e della milza. Morte in un mese circa, per lo più; alcuni casi però guariscono.

All'autopsia: funzione eritropoietica del midollo osseo normale con scarsi granulociti; raramente si trovano mieloblasti ed eosinofili e mielociti.

Granulopenia secondaria: è più frequente. Si avvicina di più al quadro dell'anemia aplastica, quindi con diminuzione del numero anche delle emazie e delle piastrine. Qualche volta l'anemia è aggravata da emorragie dovute alla trombopenia.

Per la forma da arsfenamina, o si tratta dell'azione di questa sostanza direttamente sul midollo osseo o di una reazione di Herxheimer con liberazione di sostanze mielotossiche.

Ben nota è la granulopenia secondaria ad irradiazioni. Si osserva anche qualche caso di granulopenia secondaria a cancro, a linfosarcoma.

Le forme di granulopenia da sepsi difficilmente si distinguono dall'anemia aplastica e dalle fasi leucopeniche della leucemia. Due casi citano gli AA. (e li illustrano ampiamente) di granulopenia da infezione focale.

Ci sono forme atipiche di granulopenia descritte dal Thompson e dal Rosenthal. Ci sono poi delle persone che hanno tendenza alla granulopenia. Ne videro il 25 % su 8000 casi Roberts e Krache e si trattava sempre di individui (56 % donne e 44 % uomini) con facilità a stancarsi, che si sentono deboli, che hanno spesso sonnolenza.

Piersol e Steinfield hanno inoculato sperimentalmente in conigli numerosi germi ed hanno veduto che queste inoculazioni provocano leucocitosi e dànno transitoria leucopenia se si produce una iperergia (fenomeno di Schwartzman). Le iniezioni endovenose di culture inattivate, di filtrati di culture di tifo e di terreni di cultura dànno rapida e breve leucopenia, che si ha anche per iniezioni di peptone e di cloruro di sodio.

Secondo Sabin nella funzione granulopoietica bisogna distinguere un fattore chemiotattico e uno di maturazione; nel numero dei leucociti c'è una variazione oraria nelle varie ore della giornata indipendentemente dall'assunzione di cibo.

Un'ipotesi che può spiegare la patogenesi della granulopenia è quella che in questa malattia il fattore chemiotattico sia attivo mentre è assente quello di maturazione, per cui si può avere distruzione di granulociti senza la loro

rigenerazione. Clinicamente si possono osservare tutt'e due le modificazioni per effetto dell'arsfenamina usata a scopo terapeutico, e precisamente tanto il quadro della granulopenia quanto quello della leucemia mieloblastica.

Sperimentalmente negli animali non si è riusciti a riprodurre il quadro della granulopenia; quadro lieve, che somiglia transitoriamente alla granulopenia, si ha solo subito dopo l'iniezione endovenosa di peptone e per brevissimo tempo. R. LUSENA.

Il ricambio emoglobinico nell'anemia perniciosa in corso di trattamento organoterapico.

(G. DOMINICI e G. OLIVA. *Arch. Sc. Med.*, volume LVI, n. 2, 1932).

Nei riguardi della complessa ed oscura patogenesi dell'A. P. l'introduzione delle nuove terapie organiche ha dato nuovo impulso agli studi e ha fornito, attraverso i tentativi d'interpretazione del meccanismo di azione delle cure stesse, nuovi argomenti per analizzare sempre più addentro i termini del problema patogenetico della malattia.

Se l'esistenza di un'aumentata emolisi nella A. P. e la sua importanza fin dagli albori degli studi sulla malattia è stata affermata, sulla valutazione del posto che le compete nel quadro patogenetico, quale fattore preminente o accessorio, l'accordo fra gli AA. non è ancora raggiunto. V'è chi ammette un'eccessiva emolisi iniziale, a cui il midollo reagirebbe colle modalità proprie dell'A. P., e ciò sia che entrino in campo speciali emolisine sia che si tratti di alterazioni fisico-chimiche del sangue atte a condizionare questa emolisi morbosa. Secondo altri AA. l'emolisi avrebbe nel quadro morboso una posizione subordinata e altrove, specialmente in un'alterazione dell'emopoiesi, andrebbero ricercati i fattori primari.

In rapporto alle terapie organiche, e specialmente alla terapia epatica, prescindendo dall'ipotesi degli AA. americani iniziatori del metodo, che consideravano l'effetto benefico della somministrazione di fegato crudo come dovuto ad apporto di materiale necessario alla formazione degli eritrociti, ipotesi ormai sorpassata, due interpretazioni essenzialmente si dividono il campo: quella che fa del fegato un mezzo atto ad inibire l'emolisi esagerata (e si mette innanzi, quasi a riprova, da taluno la possibilità di provocare una poliglobulia nel pernicioso in cura), e l'altra che ritiene che l'epatoterapia agisca soprattutto sull'emopoiesi, variamente inibita o qualitativamente alterata, e comunque nega che la causa prima dell'alterazione ematica dell'A. P. risieda in un aumentata emolisi.

Di fronte a questo contrasto di vedute, la maggior parte delle quali han loro fondamento in ricerche sul ricambio emoglobinico e nella loro interpretazione, appaion degni di grande interesse gli studi di questo genere negli anemici perniciosi.

Gli AA. hanno studiato appunto il ricambio emoglobinico in vari anemici perniciosi (8 casi) sottoposti a cure diverse (fegato, stomaco, estratti di fegato iniettabili, aminoacidi). Il ricambio emoglobinico è stato seguito determinando (con un metodo spettrofotometrico su cui gli AA. si riservano di riferire in seguito) giornalmente la quantità di bilinogeno fecale e orinario eliminata, e procedendo ogni 3-4 giorni al dosaggio della bilirubinemia, ogni 8 alle determinazioni della resistenza globulare e ogni 3-4 giorni, o anche meno, all'esame del sangue nei suoi elementi essenziali (Hb, Gl. r., Gl. b., formula leucocitaria, di Arneth, esame qualitativo degli strisci, reticolocitosi, ecc.). Di ogni caso sono esposti dettagliatamente l'anamnesi, l'esame obbiettivo, tutte le ricerche collaterali che si sogliono praticare in simili casi ai fini diagnostici (compresa in qualche caso la puntura del midollo osseo), il decorso valutato attraverso le varie modificazioni ematiche e dello stato generale, la terapia, minutamente riferita secondo l'ordine cronologico della sua applicazione; ad ogni caso sono annessi una tabella coi dati della bilina orinaria e fecale eliminata giornalmente e un diagramma in cui sono riportati in funzione del tempo e in relazione colla terapia i dati della bilirubinemia, dell'Hb, dei gl. rossi, dei reticolociti e della bilina fecale e orinaria eliminata.

Coi dati della bilina eliminata, del peso del corpo, del % di Hb dell'individuo in esame è calcolato di volta in volta l'indice emolitico di Terwen-Lichtenstein, ed è altresì applicata la formula di Belogonowa, per cui l'entità dell'emolisi è riferita a gr. 100 di Hb (gli AA. per questo calcolo computano a 100 dell'emometria gr. 15 di Hb e valutano la quantità totale del sangue 1:13 del corpo).

I risultati sono i seguenti: in tutti gli ammalati è evidente, prima di ogni trattamento, un aumento della bilina eliminata, sia di quella orinaria che di quella fecale, e specialmente di quest'ultima, sia in via assoluta sia in via relativa, in proporzione cioè alla ricchezza di pigmento emoglobinico determinabile attraverso l'emometria; le cifre medie più alte della bilina totale eliminata corrispondono non già ai valori più bassi dell'Hb percentuale, ma invece a quelli più alti; non è dato scorgere rapporti fra tasso bilirubinemico ed entità dell'eliminazione bilinica. L'indice emolitico di Terwen-Lichtenstein, pur presentando variazioni molto forti da caso a caso, e così pure il rapporto di Belogonowa denunziano coi loro valori l'eccesso dell'eliminazione bilinica in rapporto alla quantità di Hb posseduta dallo individuo in esame. Quanto all'influenza del-

la terapia a volta a volta istituita gli AA. hanno notato: successo pronto e completo col fegato somministrato crudo o quasi crudo, così pure cogli estratti di fegato iniettabili, meno netto cogli estratti di stomaco per os, che in qualche caso hanno fallito o hanno dimostrato un'efficacia assai meno pronta ed energica di quella del fegato; scarsi risultati con la somministrazione di una miscela di triptofano e istidina. In relazione poi al genere di terapia messa in atto l'eliminazione della bilina ha presentato delle modificazioni più o meno profonde a seconda dei casi: riassuntivamente si può dire che in genere sotto l'azione dell'organo-terapia per un certo tempo essa si conserva alta, invariata nelle cifre che la esprimono, quindi in modo più o meno lento comincia a diminuire. In una parte dei casi la diminuzione della bilina si rende manifesta in un periodo che oscilla da 10-11 fino a 15-16 giorni dall'inizio della cura con tendenza ad avvicinarsi a cifre normali, mentre in altri casi le cifre si mantengono press'a poco uguali o superiori a quelle presentate prima d'ogni trattamento.

Nei casi in cui la terapia ha avuto nullo o scarso effetto, l'eliminazione bilinica è in genere aumentata ancora. La diminuzione risulta quantitativamente più netta nei confronti della bilina fecale che di quella orinaria, la quale spesso presenta di nuovo un certo aumento a distanza, dopo la descritta diminuzione, aumento tardivo che nei malati trattati con fegato crudo s'è dimostrato agli AA. un fenomeno pressochè costante. L'aumento dell'Hb e del numero dei gl. r. e la crisi reticolocitaria (non costante; in genere verificantesi verso il 3°-7° giorno di cura) hanno sempre preceduto il diminuire dell'eliminazione bilinica; là dove più intenso è stato l'aumento delle emazie a sostanza granulo-filamentosa (in un caso fino a 40 %), più rapida è stata l'ascesa dell'Hb e dei gl. rossi e più precoce la diminuzione della bilina fecale. Appare in una parte dei casi una certa relazione fra il valore globulare e la quantità di bilina eliminata, nel senso che allo sparire dal sangue del carattere dell'ipercromia corrisponderebbe una diminuzione del contenuto bilinico degli escreti. La bilirubinemia nelle stesse condizioni si abbassa notevolmente, e questo prima della diminuzione della bilina, e in coincidenza di solito colla crisi reticolocitaria. La resistenza globulare è compresa in tutti i casi studiati entro limiti normali e non si modifica durante la cura.

L'interpretazione dei dati dagli AA. raccolti equivale alla impostazione e alla risoluzione di una serie di problemi, che hanno stretta attinenza col fenomeno emolitico inteso in senso generale e nei suoi rapporti specifici col quadro patogenetico dell'A. P.

Si chiedono innanzi tutto gli AA. se realmente l'aumentata eliminazione di bilina è la espressione di un'esagerata emolisi: pur tenendo conto delle difficoltà che si frappongono alla possibilità di stabilire un rapporto esatto tra l'uno e l'altro termine del complesso fenomeno biologico per l'interferire di fattori estrinseci variabili e mal valutabili e per le incognite che ancora sussistono, appare agli AA. indubbio che la aumentata eliminazione esprima una maggior distruzione di sangue, e adducono a riprova del fatto la concomitante siderosi, che nell'A. P. è particolarmente accentuata e specialmente a carico del fegato, siderosi che secondo l'opinione prevalente è in rapporto di dipendenza colla scomposizione dell'Hb, e alla quale corrisponde un'ipersideremia relativa, per prevalente aumento del cosidetto ferro di trasporto, e una certa minore eliminazione del ferro per l'intestino. Nell'anemico pernicioso quindi al constatato aumento della eliminazione della bilina si deve ammettere corrisponda in realtà una effettiva distruzione di sangue svolgentesi in modo più intenso (in senso relativo e assoluto) della norma.

Altro problema ora si affaccia: il modo e il luogo di questa aumentata emolisi. Riconosciuta l'impossibilità di trovare in patologia umana esempi che esattamente corrispondano ai fenomeni che si avverano nell'A. P. (non dissoluzione intravasale di eritrociti, paragonabile a quella che si aveva nell'emoglobinuria parossistica o paragonabile a quella che verosimilmente si compie nell'ambito della circolazione renale, caratteristica dell'anemia con emosiderinuria perpetua tipo Marchiafava-Micheli; non d'altro lato analogia con quanto avviene nell'ittero emolitico, almeno nell'essenza del fenomeno, per un complesso di circostanze diverse che distinguono nettamente i due stati morbosi), gli AA. si pongono fondamentalmente il quesito se nell'A. P. la ragione prima dell'eccessiva distruzione di sangue risieda nelle emazie stesse o fuori di esse. Di fronte a questo quesito i pareri degli studiosi sono nettamente divisi: gli uni pensano che il midollo non sia più in grado di fabbricare gl. rossi normalmente costituiti, ma produca elementi in qualche modo più labili; gli altri credono all'esistenza di un tossico che direttamente o indirettamente danneggi nel sangue circolante o già nel midollo le emazie, per sè originariamente normalmente costituite, e interpretano la cosidetta reazione megaloblastica del midollo come un processo reattivo di difesa dell'organismo alle aumentate esigenze poste all'apparato eritropoietico.

Sta di fatto che le ricerche intese a dimostrare, a sostegno dell'una o dell'altra ipotesi, sia una maggior labilità globulare dell'anemico (negative quelle chimiche e fisico-chimiche, più probative quelle biologiche-esperimento di Morawitz), sia la possibilità di un'e-

molisi periferica per l'intervento di una causa agente in via meccanica (differenza di pressione osmotica) o in via fisico-chimica per sostanze o veleni, comunque intesi, a punto di attacco sui costituenti delle emazie (tossina emolizzante di natura lipoidea, del tipo saponina), tali ricerche non hanno portato finora a risultati conclusivi riguardo alla causa e alla natura del processo che sta alla base dell'eccessiva distruzione globulare nell'A. P.

Il concetto d'altra parte dell'influenza preminente della milza e del tessuto reticolo endoteliale in generale, quale fattore di abnorme emolisi nel quadro morboso dell'A. P., è andato sempre più indebolendosi. Da un punto di vista teorico non è da escludersi, secondo l'avviso degli AA., un'altra modalità con cui la componente emolitica potrebbe essere interpretata nel quadro morboso: un'azione primitiva della noxa perniciosa sul sistema reticolo endoteliale e per esso particolarmente sulla milza (come sul midollo, come sul tratto gastro-intestinale, come sul sistema nervoso), compromettendone la funzione e concorrendo appunto a produrre, come fenomeno collaterale, l'esagerata emolisi.

Riassumendo in brevi proposizioni: è dimostrata nell'A. P. un'eccessiva eliminazione di bilina, dovuta ad un'aumentata distruzione di sangue, cui presumibilmente corrispondono cause svariate, quali una difettosa costituzione delle emazie, un danneggiamento diretto o indiretto delle stesse per opera della noxa perniciosa, un'alterazione dell'equilibrio funzionale interdipendente fra midollo e sistema emolitico, conseguente al disordine dell'attività midollare, ed infine influenze dirette del tossico sul tessuto emodistruttore.

Di questi fattori di emolisi alcuni hanno a sostegno elementi di dimostrazione diretta, altri argomentazioni più o meno indirette; dire fra di essi quale nel singolo caso sia il predominante non è allo stato attuale della nostre cognizioni possibile.

Ora nell'A. P. la dieta di fegato (e in genere l'organo-terapia) agisce essenzialmente inibendo *primariamente* l'emolisi?

Innanzi tutto, a parte l'azione colagoga dell'alimentazione carnea, inclusa quella epatica, sulla provvista di pigmento accumulato nel fegato, è ammessa da taluni autori una azione direttamente stimolatrice sia dell'emopoiesi che dell'eritrolisi da parte del fegato intero in uomini sani, azione che evidentemente esclude che il punto d'attacco dell'epato-terapia sia rappresentato dal reticolo-endotelio nella sua attività emo-distruttrice; quindi non è affatto dimostrata, anzi, in base alle conclusioni suesposte, è da negarsi un'azione antiemolitica diretta della dieta epatica.

Se nei riguardi degli effetti della terapia epatica nell'A. P. si stabilisce un ordine cronologico nel succedersi delle variazioni conseguenti alla terapia stessa, si vede che primi a scomparire (3°-4° giorno di dieta epatica o gastrica e specialmente coll'uso di preparati iniettabili) sono i disturbi soggettivi (anoressia, apatia, parestesie lievi, ecc.), ed anche la diarrea cessa assai presto, talchè si ha l'impressione manifesta, dicono gli AA., come se l'organismo venisse liberato da una noxa tossica, quando ancora mancano in circolo segni di rigenerazione. Viene fatto di pensare a qualcosa che abbia analogia colla funzione antitossica del fegato, e del resto alcuni AA. pensano proprio che l'azione dell'epato-terapia consista essenzialmente in un'azione svelenatrice in senso lato.

La crisi reticolocitaria, la quale non accompagna sempre nei casi degli AA. il miglioramento del sangue, precede di parecchi giorni il diminuire dell'esagerata eliminazione di bilina. La risposta quindi da parte del midollo sarebbe la prima ad intervenire in ordine di tempo, e la riparazione si fa con elementi morfologicamente normali, mentre le cellule megaloblastiche e megalocitiche spariscono con rapidità, senza che intervenga una vera crisi di sangue nel senso preciso di v. Noorden.

I gl. rossi neoprodotti non si distruggono più come prima e ad essi è da attribuirsi il miglioramento dello stato del sangue. Pare quindi logico agli AA. ammettere, in base ai fatti osservati, un rapporto di causa ad effetto fra la risposta midollare da un lato e la diminuzione della bilina eliminata dall'altro, e non viceversa; diminuzione, ma non riduzione a valori normali, poichè in un certo numero di casi il bilinogeno permane ancora alto, indicando che la distruzione del sangue sovente eccede ancora in via assoluta o relativa i limiti fisiologici (importanza di meccanismi accessori di emolisi, variamente complicanti il quadro morboso fondamentale).

Dai dati risultanti dal loro studio gli AA. concludono che appare assai poco accettabile, nell'interpretazione dell'azione dell'organo-terapia nell'A. P., la dottrina che pone l'inibizione dell'emolisi come il primum movens del miglioramento prodotto dall'organo-terapia e di conseguenza il fenomeno emolitico come l'elemento centrale della patogenesi dell'affezione. Il processo emodistruttore nell'A. P. non è che un anello della complessa catena e la essenza del processo sanguigno va ricercata, più che nella distruzione globulare, nell'alterazione del midollo osseo (Micheli).

Su un midollo, non già stanco e rispondente in modo abnorme alle richieste dell'organismo, ma in preda ad un'azione mielotossica, comunque la si voglia intendere, come effetto diretto di un tossico o quale risultato del deficit di un oscuro fattore, l'organo-terapia agisce, sia direttamente sia attraverso la neutralizzazione dell'ignoto virus tossico, e attraverso questa azione determina il profondo cambiamento della crasi sanguigna e la diminuzione dell'esagerata emolisi.

P. MOLINARI TOSATTI.

FEGATO.

Le grandi sindromi delle cirrosi epatiche.

(P. ABRAMI. *Revue Méd.-Chir. des mal. du foie, du pancreas et de la rate*, marzo-aprile 1932).

L'A. dà un saggio di interpretazione patogenetica delle grandi sindromi delle cirrosi epatiche e dimostra, con accettabili argomentazioni, come molte delle manifestazioni cliniche non siano dovute, come sin qui si ritiene, alla lesione epatica ma alla concomitante sistematica partecipazione della milza, del pancreas, dei surreni e degli inerenti distretti reticolo-endoteliali.

Nessun dubbio che all'ipertensione portale siano da attribuire la circolazione collaterale, le emorroidi, certe turbe della diuresi ma non altrettanto è della splenomegalia, dell'ascite e di certe gastrorragie. I rapporti che uniscono le alterazioni del fegato a quelle della milza sono estremamente complessi e l'importanza della milza nelle cirrosi è ben maggiore di quella di una semplice spugna che si gonfia e che gradatamente si sclerotizza quando il passaggio del sangue attraverso il fegato comincia ad essere ostacolato: a cirrosi con uguale sintomatologia e con uguali segni di ipertensione portale possono corrispondere milze di aspetto diversissimo, le une grosse, altre di volume normale, altre infine atrofiche; d'altra parte avviene spesso di trovare splenomegalie, talora cospicue nel corso di epatiti croniche, ipertrofiche o atrofiche, che non presentano il minimo segno di ipertensione portale; in tutto un gruppo di cirrosi infine, le alterazioni epatiche sono cronologicamente posteriori a quelle della milza e nessuno attribuirà all'ipertensione portale le splenomegalie che così spesso si osservano nel corso di epatiti acute o di epatiti congestizie o litiasiche.

Bisogna dunque radiare la splenomegalia dai sintomi significativi di ipertensione portale.

Analoga sorte, nell'interpretazione patogenetica, deve avere l'ascite: l'ipertensione portale non ha che un'importanza localizzatrice, al peritoneo, di una vera sindrome idropigena generale di cui sono manifestazioni oltre l'ascite, gli edemi periferici, l'idrotorace e sopratutto le alterazioni dell'equilibrio proteico del plasma sanguigno con l'ipoproteinemia, l'iposerinemia, l'inversione del rapporto serine-globuline e di qui l'abbassamento della tensione osmotica delle proteine; tutti fatti che trovano la contropartita nell'impossibilità di ottenere sperimentalmente ascite legando o stenosando la v. porta, nell'esistenza di cirrosi anascitiche, nella constatazione di frequente scomparsa, spontanea o a seguito di puntura, dell'ascite malgrado l'evoluzione progressiva della cirrosi atrofica, nell'esistenza di edemi preascitici in cirrotici che non hanno ancora segni di ipertensione portale. Senza dubbio quindi l'ipertensione portale non fa che localizzare l'edema nella cavità peritoneale, come fa la forza di gravità che localizza alle estremità inferiori gli edemi dei nefritici.

Analogamente all'ascite, anche le emorragie gastrointestinali non riconoscono nell'ipertensione portale il principale movente patogenetico: se in qualche caso è stata realmente constatata l'esistenza di varici esofagee, molto spesso l'esame della mucosa digerente non svela che una picchiettatura congestizia: si tratta cioè di emorragie a nappo aventi sede all'estremità inferiore dell'esofago, nello stomaco o nel duodeno. Secondo l'A. non il fegato, ma la milza è responsabile di tali emorragie: esse sono paragonabili in tutto alle emorragie che si verificano in corso di splenomegalie primitive, senza alterazioni epatiche, in cui non sempre è stata constatata la tromboflebite della vena splenica (Frugoni) e in cui tuttavia solo la splenectomia ha potuto arrestare la perdita di sangue.

Non al fegato ma alla disfunzione splenica sono ancora da attribuire, secondo Abrami, le manifestazioni emorragiche cutaneo-mucose dei cirrotici: petecchie, ecchimosi, epistassi, stomatorragie. A base di esse stanno caratteristiche anomalie della « crasi sanguigna » : diminuzione delle piastrine, allungamento del tempo di coagulazione, segno del laccio positivo, allungamento del tempo di emorragia, a produr le quali, come nell'emogenia di P. E. Weill, è giocoforza invocare la milza. Il fegato in quanto fabbrica il fibrinogeno ha azione sulla coagulazione del sangue; la asportazione o la distruzione del fegato rendono il sangue incoagulabile ma ciò nonostante non compare nessuna manifestazione emogenica, nessuna emorragia spontanea, a produr le quali entra direttamente ed unicamente la milza.

In un malato affetto da cirrosi atrofica all'ultimo stadio, febbrile, con ascite recidivante, ittero, edemi e che da alcune settimane presentava epistassi, stomatorragie incessanti ed incoercibili, segno del laccio positivo, allungamento del tempo di emorragia ecc., Abrami fa praticare in extremis la splenectomia: sul tavolo operatorio, dalla legatura del peduncolo splenico, come in un purpurico, le emorragie si arrestano e il tempo di emorragia passa a cifre normali.

La porpora degli epatici quindi e la sindrome emogenica che l'accompagna, non è una stigmata di insufficienza epatica, ma una sindrome « spleno-endoteliale ».

Si è soliti imputare all'insufficienza epatica le turbe della glicoregolazione: a parte il semplicismo di tale concetto che non tiene

conto dei numerosi altri fattori che entrano nella regolazione del ricambio dei carboidrati, sta di fatto che esiste tutta una serie di osservazioni d'ordine clinico e anatomico, le quali tendono a dimostrare che le turbe della glicoregolazione constatate negli epatici sono in realtà attribuiti ad un deficit pancreatico: tra il diabete bronzino, a base del quale sta una cirrosi epatica ed una cirrosi del pancreas, e le cirròsi con semplici turbe sperimentali della glicoregolazione, la clinica ci dà esempi di tutti i gradi intermedi, a dimostrazione che il fondamento patogenetico dev'essere il medesimo in tutti i casi.

È necessario dunque allargare i nostri concetti interpretativi delle sindromi cirrotiche: la clinica e l'anatomia continuamente ci mostrano l'associazione di cirrosi epato-spleniche, epato-pancreatiche e epato-splenopancreatiche mentre ci segnalano la relativa parità della cirrosi isolata del fegato: pancreas, milza e fegato sembrano colpiti da uno stesso processo, da una « polisclerosi portale », e a ciascuno di essi quindi dobbiamo attribuire ciò che in realtà ad ognuno è dovuto nelle manifestazioni cliniche. E. ANTONIAZZI.

Diagnosi precoce delle cirrosi del fegato.

(P. MORAWITZ e MANCKE. *Klin. Woch.*, numero 15, 1932).

Quando da un'anamnesi molto accurata si sospettano alterazioni tossiche del fegato, si deve pensare alla possibilità di una cirrosi. Bisogna allora procedere a quelle prove funzionali che ci danno modo di mettere in evidenza disturbi delle parziali funzioni del fegato, e cioè alle cosidette prove di carico.

Accanto all'indagine radiologica che può mettere in evidenza varici esofagee, due sono le prove di carico che per esperienza degli AA. danno risultati più costanti: la prova combinata con insulina-glucosio-acqua secondo Althausen che riguarda il ricambio dei carboidrati e la prova dell'acqua-gelatina secondo Mancke con cui si saggia il ricambio proteico.

Per la prova di Althausen si procede nel seguente modo: il p. a digiuno riceve dapprima 20 U. di insulina, dopo 20 minuti 50 gr. di glucosio in 500 cmc. di acqua e quindi 1000 cmc. di acqua. 1/2, 1, 2, e 3 ore dopo la somministrazione di glucosio, si determina la glicemia. Se in questo tempo si manifestano sintomi ipoglicemici, si somministrano dosi abituali di glucosio. Il p. rimane digiuno per tutta la durata dell'esame.

La curva media del ricambio di 15 soggetti sani dimostra che 1/2 ora dopo la somministrazione del glucosio la glicemia raggiunge un massimo di 140 mg. % e che quindi segue una caduta che dopo 3 ore raggiunge il punto più basso di 80 mg. %. La differenza tra il valore della glicemia a digiuno e quello più basso dopo la prova è nei normali di 20 mg. %. Nei malati di fegato la curva nella fase ipoglicemica è molto più bassa e la differenza tra i valori suddetti è più grande di 20 mg. %.

In 11 casi di cirrosi incipiente il punto più basso della curva era di 40 mg. % in modo che la differenza tra la glicemia a digiuno e la più bassa risultava di 70 mg. %.

Con la prova di Mancke si dosano gli aminoacidi nelle urine prima e dopo la somministrazione di gelatina e acqua nel giorno stesso della prova. Si prendono in considerazione: l'intensità dell'aminoaciduria spontanea e quella della prova di carico, la concentrazione media degli aminoacidi e quella massima nelle prime otto ore dalla prova. Mentre nei normali si ha soltanto uno scarso aumento della concentrazione dell'azoto aminico, nelle cirrosi incipienti questo valore si innalza del 100 % entro le prime 8-12 ore.

Nei casi studiati dagli AA. la prova di Althausen fu positiva in tutti i casi, la prova di Mancke in 7 su dieci.

Naturalmente non vanno trascurate le altre prove funzionali e si deve tener conto dei dati anamnestici e dei reperti clinici.

D. LONGO.

PROBLEMI DISCUSSI

Lo sviluppo del concetto e del problema dell'amiloide.

(SCHMIDT. *Med. Welt*, n. 19, 7 maggio 1932).

Fu il Virchow per primo che nel 1851 dimostrò la somiglianza morfologica delle formazioni amiloidee del corpo umano con i granuli amidacei delle piante. Egli stesso, poi, mise in rilievo i caratteri chimici e le speciali reazioni da tali formazioni presentate, venendo alla conclusione che anche nell'uomo può ritrovarsi la cellulosa come una metamorfosi cellulosica delle cellule.

H. Meckel, dipoi, indicò la malattia amiloide come « malattia colesterinica », ritenendo che la colorazione bleu dell'amiloide con lo iodio fosse data dalla colesterina; ma Virchow dimostrò che la reazione colorante della colesterina non corrisponde a quella dell'amiloide altro che dal punto di vista apparente, restando ad esempio inalterata nei corpi amiloidi della prostata, anche dopo l'estrazione della colesterina.

In seguito, però, andò sempre più scuotendosi il concetto di Virchow di una affinità con la cellulosa, e si affermò l'idea che la formazione dell'amiloide fosse da inquadrarsi tra i disturbi del ricambio intermedio delle albumine. Ma poichè tale corpo non corrisponde chimicamente a nessuna delle specie di albumine organiche, il problema della ricerca della sua identità fu affrontato dal punto di vista

istologico, chimico, sperimentale e serologico.

Cominciò intanto l'A. a dimostrare che l'amiloide non è un materiale cellulare modificato, bensì una deposizione intracellulare ed intrafibrillare, derivante dal liquido che inibisce i tessuti, per cui subentrò il concetto di una sostanza dapprima soluta, e cioè di un « preamiloide ».

La contradizione delle vedute originarie sulla natura chimica dell'amiloide in parte sono spiegate dalla difficoltà del suo isolamento dai tessuti. Per quanto le analisi elementari dei vari autori corrispondano, specie per il rapporto del C. all'N., la struttura fu giudicata differentemente, e si giunse solo alla conclusione che si trattasse di una resistenza derivata dalla precipitazione tossica dell'albumina.

La scoperta di Oddi dell'acido condroitinsolforico negli organi in degenerazione amiloide fece poi erroneamente ritenere necessaria la presenza di questo per la formazione della sostanza amiloide.

Un notevole progresso fu invece fatto per le esperienze di Frank, il quale, riuscì a riprodurre la degenerazione sperimentalmente nei topi, dimostrando che il nucleo amiloideo non è che un prodotto dell'attività cellulare, e per quelle di Kuczynski, il quale parimenti la riprodusse artificialmente con una alimentazione prolungata a base di grosse quantità di albumina, specie di caseina, o iniettando del nutrosio. Le ulteriori ricerche di Letterer chiarirono il fatto, nel senso che l'introduzione di albumine provoca nell'organismo un processo, per cui vien formata l'amiloide. Il quale stimolo formativo può essere esercitato anche da sostanze prive di albumine, tra cui quelle usate per la terapia eccitante, e il fenomeno principale che segue alla loro introduzione è quello dell'aumento delle globuline sanguigne.

Importanza grande vengono dunque ad assumere le globuline, per quanto non sia chiaro il meccanismo per il quale queste precipiterebbero, acquistando le proprietà chimiche e microchimiche dell'amiloide.

Secondo recenti vedute, sostenute specialmente da Loeschcke, avverrebbe nei tessuti una specie di reazione precipitante, per la quale il materiale derivato dalla distruzione leucocitaria funzionerebbe da antigene. E, in realtà, l'iniezione parenterale di sostanze eterogenee per l'organismo, provoca una intensa precipitazione leucocitaria.

Le esperienze negli animali hanno anche dimostrato che la sostanza preamiloidea fuoriesce dalle cellule, coagulandosi nella loro vicinanza, mentre nel sangue circola solamente la sostanza che stimola le cellule alla sua produzione.

In conclusione, l'A. ritiene che l'amiloide va considerata come un autoprecipitato.

M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. EGIDI. *Trattamento delle lesioni cranio-cerebrali traumatiche (escluse quelle da arma da fuoco). Atlante dimostrativo.* Casa edit. Luigi Pozzi, Roma, 1932. Prezzo L. 30.

Al Congresso della Società Italiana di Chirurgia adunato in Roma nel 1930, il prof. Egidi avea presentato su questo tema una lodata Relazione che assumeva figura di una vera monografia, e della quale tuttavia egli si dichiarava non ancora soddisfatto, per la brevità impostasi, relativa alla vastità dell'argomento. Con quest'*Atlante* egli viene oggi a dare pienezza e maggior chiarezza all'argomento, che egli illustra con 30 tavole dimostranti strumenti, craniotopografia, superficiale e profonda, documentazione di mezzi diagnostici, e figure dimostrative delle operazioni, dalle punture esploratrici alle trapanazioni, alle plastiche, occorrenti in tal genere di chirurgia. Alle tavole, chiarite di volta in volta da brevi cenni spiegativi, precedono alcune pagine in cui l'A. compendia i precetti di tecnica, le cautele sia nelle ricerche diagnostiche, sia durante l'operazione, gli strumenti di volta in volta preferibili ed il modo di adoperarli con minor danno e maggior giovamento possibile per l'operando. Il testo illuminato dalle tavole, queste giustificate dal testo, formano del libro dello Egidi una produzione organica, efficace, ed utile per gli operatori, che faranno bene di averlo sotto mano. DAVIDE GIORDANO.

A. FINIKOFF. *La cura della tubercolosi chirurgica con olio iodato e sali di calcio.* Vol. di pagg. 250, con 93 radiografie e 26 tabelle. N. Maloine, editore, Parigi, 1932.

La novità del metodo non consiste tanto nei mezzi terapeutici impiegati quanto nella loro associazione in un sistema omogeneo fondato su basi scientifiche. Le quali sono esposte nella prima parte del lavoro e riguardano:

1) Il potere lipolitico e degli organi linfatici, dovuto alla lipasi che disgrega l'inviluppo ciro-grassoso del bacillo di Koch;

2) Il potere proteolitico del sangue dovuto alla polinucleosi e destinato a digerire o neutralizzare le sostanze proteiche del B. K.;

3) Il potere remineralizzante dell'organismo che consiste nel neutralizzare col calcio ematico gli acidi grassi derivanti dalla disgregazione dell'inviluppo ciro-grassoso, e le tossine complesse del B. K., nonchè nel favorire la calcificazione dei focolai.

Il trattamento proposto dall'A. mira a:

1) Aumentare la lipasi e la monocitosi con iniezioni di olio vegetale riassorbibile;

2) Stimolare la polinucleosi per mezzo di dosi minime di iodio;

3) Ricalcificare l'organismo con dosi massive di sali di calcio per ovviare all'intossicazione da acidi grassi e alla demineralizzazione.

Nella seconda parte viene esposta dettagliatamente la tecnica del metodo che consiste in una serie di iniezioni periodiche (ogni 5-8 giorni) intramuscolari o sottocutanee di olio di arachide neutro, sterile, cui va aggiunto *estemporaneamente* il 10 % di una soluzione di iodio al 10 %. Contemporaneamente si somministrano dosi massive di sali di calcio per *os* o per via endovenosa e il paziente viene sottoposto al regime abituale dei tubercolosi: riposo, nutrizione abbondante e ricca di grassi e di calcio, immobilizzazione nel periodo doloroso.

Le dosi di olio iodato e di sali di calcio, come pure la durata e le modalità del trattamento, variano secondo l'età, lo stato generale, l'evoluzione della malattia, e l'A. dà in proposito minuziosi ragguagli tratti dalla sua esperienza clinica.

La guarigione clinica è stata ottenuta dopo 4-10 mesi, mentre la ricalcificazione richiede un tempo più lungo: da ciò la necessità di prolungare il trattamento per un certo periodo, dopo la guarigione clinica.

Nella 3ª e 4ª parte del lavoro viene riportata la casistica che comprende 245 osservazioni, di cui 160 personali e 85 di altri Autori. Tutte le tubercolosi chirurgiche vi sono rappresentate. I 160 casi trattati dall'A. diedero 126 guarigioni cliniche, 24 miglioramenti e 10 insuccessi (6 %); gli 85 casi trattati dagli altri AA. diedero 55 guarigioni, 22 miglioramenti e 8 insuccessi (9,5 %). Risultati degni di interesse se si tien conto anche che la maggior parte dei casi riguardavano forme assai gravi dell'adulto.

G. PACETTO.

G. SCHMORL und JÜNGHAUNS. *Die gesünde und Kranke wirbelsaübe im röntgenbild.* G. Thieme, Lipsia, 1932. MK. 30.

Si va sempre più sentendo, nel campo della radiologia, il bisogno di lavori sistematici di anatomia, normale e patologica, radiografica, che ai quadri radiologici ormai ben definiti, possano dar la spiegazione minuta fin nel più piccolo dettaglio. È comprensibile come questo lavoro di grandissima importanza possa esser condotto più agevolmente nel campo dell'apparato scheletrico, dove il radiogramma eseguito sul cadavere, si può sovrapporre a quello eseguito in vivo. Negli altri campi invece la ricerca spesso urta contro più o meno gravi difficoltà.

Il libro di Schmorl e Jünghauns (ricco di 211 pagine, di 347 figure e corredato da una amplissima letteratura sull'argomento), si è proposto il compito dell'indagine comparativa, anatomica e radiologica, nel campo delle malattie e della malformazione della colonna vertebrale.

Lo studio, la descrizione, la presentazione del pezzo anatomico, sono completati dalla radiografia di questo, che viene messa in rapporto agli altri radiogrammi presi nel vivente. Indagine utilissima, precisa, metodica, che non poteva a meno di riuscire di grande interesse.

La trattazione è completa per ogni singolo argomento, sia riguardante la parte normale e patologica dei corpi, dei dischi, dei legamenti, sia i difetti di sviluppo e le malformazioni, nel loro insieme e nella loro genesi.

Molto interessanti ci sono sembrati i capitoli di maggior attualità, che forse sono stati trattati anche con maggior cura: l'indagine dei dischi, la patologia del *nucleus polposus*, i difetti di sviluppo.

In generale quindi si può concludere che il libro del quale oggi facciamo cenno, ha raggiunto completamente il suo scopo: raggruppare cioè i quadri radiologici della colonna vertebrale e stabilire definitivamente alle diverse immagini il loro preciso, indiscutibile valore anatomico.

È un libro adunque che sarà sempre di grande aiuto nella pratica radiologica, nella quale la colonna vertebrale spesso riserba difficoltà non lievi, alla giusta interpretazione.

GAST. MELDOLESI.

Istituto Nazionale Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro in Milano. Vol. III, 1931.

In questo volume sono raccolti tutti i lavori espletati nelle varie Sezioni dell'Istituto durante il 1931, suo terzo anno di vita.

Precede una relazione sintetica del Direttore Generale Prof. G. Fichera, dalla quale risulta il carattere ascensionale delle varie attività dell'Istituto rispetto agli anni precedenti, specialmente per quel che riguarda il numero dei ricoverati e i risultati delle cure (mortalità globale del 15 %).

Seguono 44 lavori, pubblicati dai Dirigenti e Assistenti delle varie Sezioni, che trattano argomenti di notevole importanza e di palpitante attualità nei campi della Biologia, dell'Anatomia Patologica, della Radiologia e della Terapia dei tumori maligni.

Degni di particolare interesse sono le numerose ricerche sui lipidi dei tumori e sui vari metodi di diagnosi sierologica del cancro; gli studi e i risultati della chemioterapia istogena dei tumori maligni; alcuni pregevoli contributi clinici e anatomo-patologici sull'actinomicosi primitiva della lingua, sui rapporti fra tiroide e tumori, sulla pluricità di tumori nello stesso individuo; alcuni lavori di radiodiagnostica sulle metastasi scheletriche e polmonari e sul cancro della mandibola da propagazione, e dell'esofago; alcuni contributi di radioterapia degli angiomi e del cancro dell'utero.

G. PACETTO.

A. LAFFONT. *Gynécologie.* Vol. di pag. 206 con 35 fig. Ed. Masson, Parigi, 1932. Fr. 22.

È un volumetto della collezione « des initiations médicales », destinata sopratutto agli studenti e ai medici pratici. Molto elementare quindi la trattazione, ma chiara, come sempre

in questi manuali francesi. È divisa in 4 capitoli: nel 1° sono enumerate le ragioni principali per cui il ginecologo è chiamato; nel 2° si insegna a fare l'esame ginecologico: nel 3° sono delineate le grandi linee della sintomatologia ginecologica; infine nel 4° si disegnano i quadri morbosi singoli.

L'edizione è bella; la parte iconografica forse un po' sacrificata; ma occorre tener conto che questi volumi si propongono solo un fine di orientamento, e si indirizzano sopratutto «à l'étudiant novice», come è detto nella prefazione. Il loro compito è dunque ottimamente assolto. Il che non deve già farci suggerire p. e. una traduzione italiana; ne abbiamo già anche fra noi di tali testi elementari. *p. g.*

A. BUSCKE, A. JOSEPH e W. BIRKENFELD. *Leitfaden der Kosmetik.* Editore De Gruyter, Berlino-Lipsia. Prezzo M. 8,70.

La cosmesi intesa in senso largo, nel senso cioè di eliminazione di deformità e brutture che ostacolano la normale funzione o costituiscono fatti repugnanti o comunque antiestetici va assumendo la dignità di una specialità medico-chirurgica.

Gli autori passano in rassegna le varie affezioni cutanee e delle sue appendici che si prestano all'azione cosmetica ed indicano per ciascuno di essi i mezzi correttivi adatti, di cui in uno speciale capitolo fanno un'ampia esposizione.

La seconda parte è dedicata alla chirurgia cosmetica che può essere utilmente adoperata per ciascuna parte del corpo. Per ogni anomalia o imperfezione è precisato l'intervento adatto e la tecnica relativa. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 9 giugno 1932.

Il diplometro.

Dott. D. STRAMPELLI. — Il comune metodo di esame della diplopia con la candela e un vetro rosso, anteposto ad uno degli occhi del paziente, rappresenta un metodo di indagine eminentemente subbiettivo ed è quindi soggetto a cause di errore.

Per tale motivo ha ideato e costruito un apparecchio capace di rendere molto più obbiettivo l'esame della diplopia, permettendo al tempo stesso una misura esatta del grado della diplopia stessa, e quindi della deviazione del bulbo, sede di una paralisi o paresi di uno o più muscoli oculari.

Il principio su cui si è basato nella costruzione di tale apparecchio consiste nell'utilizzare, per la determinazione e la misura di una diplopia, il fatto che un individuo diplopico che guarda con un occhio attraverso un vetro rosso e con l'altro attraverso un vetro verde, per vedere fuse due immagini luminose di eguale forma, l'una verde e l'altra rossa, di ciascuna delle quali ha una visione simultanea ma non binoculare, deve disporre tali immagini più o meno distanziate l'una dall'altra e variamente orientate l'una rispetto all'altra a seconda della natura e del grado della diplopia del paziente.

L'apparecchio è fondamentalmente costituito da due lampadine elettriche munite di un sistema ottico speciale, capace di proiettare sulla parte, che serve da schermo, l'una l'immagine di una coppia di punti rossi e l'altra l'immagine di una coppia di punti verdi. La lampadina di destra che proietta i punti rossi, mercè uno snodo di cui è munito il suo supporto, può venire spostata dal malato in modo da compiere movimenti di inclinazione in ogni senso e di rotazione sul proprio asse. Quando il paziente affetto da diplopia, munito di un paio di occhiali costituito di un occhiale rosso e da uno verde e con la testa immobilizzata su una speciale mentoniera e su uno speciale poggiafronte di cui è munito l'apparecchio, orienta la lampadina rossa in modo da vedere i due punti rossi da essa proiettati su una parete, fusi con i punti verdi, l'osservatore vede le due coppie di punti invece spostati e variamente orientati tra loro. Tale speciale disposizione che il malato fa assumere alle due coppie di punti luminosi, e che corrisponde alla diplopia da lui presentata, può venir proiettata e tracciata su uno speciale foglio graduato, che mediante un telaio viene innalzato a breve distanza al davanti delle due sorgenti luminose. Si può così leggere direttamente su tale foglio lo spostamento in gradi sia in senso verticale sia in senso laterale e così pure la inclinazione in gradi di una immagine rispetto all'altra. Per stabilire quale è il muscolo leso basta riportarsi a speciali schemi che variano a seconda che l'occhiale rosso è stato posto dinanzi all'occhio destro (posizione omonima: occhiale rosso dallo stesso lato della lampadina rossa) o al sinistro (posizione eteronima). In tali schemi l'immagine verde, che è quella fissa, è indicata al centro con una crocetta verde, e la sede dell'immagine rossa, nelle singole paralisi dei vari muscoli oculari, è

indicata con una crocetta rossa, una per ognuno dei dodici muscoli oculari. Si può quindi mediante il presente apparecchio in modo rapido e semplice procedere alla diagnosi e misura obbiettiva dell'esistenza e dell'entità di una paralisi o paresi di un muscolo oculare estrinseco e, potendosi comparare in modo esatto i risultati ottenuti in esami eseguiti in diversi tempi, avere un criterio prezioso dal punto di vista prognostico, terapeutico e medico-legale. Il presente apparecchio può servire anche per determinare l'esistenza di spasmi dei muscoli oculari per lo studio della eteroforia (strabismo latente) e della capacità di fusione relativa dei due occhi.

Prof. U. NUVOLI. — *Quattro casi di tumore del tenue. (Controllo operatorio).*

Dott. G. CHIUCINI. — *Glucosio e insulino-terapia nella insufficienza cardiaca.*

Paraplegia spastica insorta 36 anni dopo un trauma spinale per ferita da coltello.

Prof. G. ANTONELLI. — L'O. riferisce un caso nel quale, a distanza di 36 anni da un trauma spinale consistente in una ferita da arma da punta e taglio della spina dorsale con permanenza del frammento infisso e immediatamente seguito da un'emiparaplegia omolaterale, rispetto alla lesione, gradualmente declinante e scomparsa dopo 7 mesi, si è sviluppata una sindrome di paraplegia spastica associata a disturbi della sensibilità, come nelle gravi compressioni del midollo dorsale, sindrome non più in rapporto diretto con la presenza del corpo estraneo, ma con un tardivo processo reattivo, infiammatorio e produttivo nel senso lato della parola a tipo meningomielitico, avente col trauma un indiretto collegamento patogenetico; lo studio clinico e radiologico ha permesso di localizzare esattamente fra la VI e VII v. dorsale la sede del corpo estraneo, che è stato chirurgicamente asportato, previa apertura dello speco vertebrale; l'asportazione del corpo estraneo, pur essendo seguita da una sensibile attenuazione di alcuni dei sintomi non che dalla quasi completa scomparsa delle reazioni a tipo meningitico constatate nel liquor, non ha condotto alla soppressione della sindrome neurologica, ancora ad un anno e mezzo dall'atto operativo; certamente a causa di lesioni midollari secondarie oramai definitive, e non più suscettibili di « restitutio ad integrum »; questo caso non interessa soltanto dal punto di vista clinico per il periodo di tempo straordinariamente lungo di completo o presso che completo benessere seguito all'epoca delle conseguenze dirette del trauma, ma anche e sopratutto dal punto di vista medico-legale, per quanto riguarda i criteri di valutazione giuridica del grado di responsabilità penale rispetto agli effetti clinici delle lesioni spinali criminosamente cagionate.

Il Segretario: D'AVACK.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 9 giugno 1932.

Presidente: Prof. FILIPPO NERI.

Frattura omerale diacondiloidea.

Dott. V. GRISERI. — L'O. illustra di tale rara frattura un caso di particolare interesse: per sintomatologia, insolita dislocazione del frammento articolare, e per la atipia delle immagini radiografiche.

Epitelioma cutaneo su fistola ossea da osteosintesi.

Dott. V. GRISERI. — L'O. riferisce di un epitelioma cutaneo spinocellulare sviluppatosi, dopo molti anni di suppurazione, su di una fistola ossea della gamba, in un paziente operato di osteosintesi metallica per frattura chiusa.

Si intrattiene quindi brevemente sul tema generale del trattamento delle fratture degli arti, valendosi della statistica traumatologica dello Spedale di S. Giovanni di Dio in Firenze, nettamente favorevole alla terapia incruenta.

Otiti e meningo-encefaliti streptococciche in un allevamento di topi.

Prof. L. PICCHI. — L'O. riferisce, illustrandoli con proiezioni di fotografie e microfotografie una morìa riscontrata in un allevamento di topini bianchi caratterizzata da una netta sindrome vestibolare (vertigini e posizione forzata su di un lato) e da reperti istologici di otite media e interna, di meningite e di encefalite; agente patogeno uno streptococco.

La terapia della crisi di angor pectoris e di edema polmonare acuto con gli estratti muscolari iniettabili.

Prof. A. TERZANI. — L'O. espone il resultato nettamente favorevole ottenuto in tre ammalati con attacchi di angor pectoris complicati in un caso di edema polmonare acuto: una netta influenza gli estratti muscolari iniettati hanno avuto, oltre che sui fenomeni subiettivi ed obiettivi relativi agli stati morbosi suaccennati, sulla pressione arteriosa con una diminuzione di notevole grado e sul polso nel senso di una bradicardia in qualche caso notevole e duratura.

Nessuna controindicazione e nessun inconveniente.

Adunanza del 16 giugno 1932.

Presidente: Prof. FILIPPO NERI.

Stenosi neoplastica e perforazione del sigma; resezione e anastomosi immediate; guarigione.

Prof. S. MENGHETTI. — L'O. riferisce il caso di una donna di 52 anni che soffriva in antecedenza di crisi di subocclusione recidivanti e che fu operata d'urgenza con ano cecale per occlusione acuta. Otto giorni dopo il primo intervento, nuovo dramma addominale, per cui, di fronte a una perforazione del sigma, stenosato ad anello poco sopra all'ampolla rettale, fu praticata resezione immediata ed anastomosi termino-terminale col processo di Lockhart-Mummery.

La malata guarì per prima e sta ora bene con alvo perfettamente regolato. L'O. dimostra con proiezioni alcuni particolari di tecnica, preparati del pezzo asportato e radiografie del colon sinistro a distanza di quasi due anni dall'intervento.

Un caso atipico di leucemia linfatica a decorso subacuto.

Dott. U. SIMONDI. — L'O. descrive un caso di leucemia linfatica a forma ipersplenomegalica senza alcuna partecipazione delle ghiandole superficiali, fino alla morte. L'esame degli strisci di sangue colorati con May Grünwald e Giemsa dimostrò la presenza in circolo di linfoblasti e di particolari elementi linfoidi grandi, a nucleo di aspetto spongioso con uno o due nucleoli celesti, protoplasma senza granuli, leggermente basofilo, quasi scolorato.

L'O. si augura che lo studio approfondito di tali

casi possa dare un'impronta nosografica clinica ed ematologica precisa a tali forme rare di leucemia linfatica.

Non fu possibile, nel caso dell'O., eseguire la necroscopia.

La forma ipersplenomegalica alinfadenica della leucemia linfatica.

Prof. M. VOLTERRA. — L'esistenza di forme di leucemia linfatica nelle quali la milza, anzichè presentare un modico ingrandimento, come di consueto, assume dimensioni enormi mentre le ghiandole non si tumefanno o al massimo sono appena palpabili in qualche stazione linfatica, è nota da molto tempo ma non di frequente osservazione. L'O. sulla base di un caso osservato nel 1927 e di quello illustrato nella medesima adunanza da Simondi, tratteggia le caratteristiche cliniche ed ematologiche della forma subacuta del tipo ipersplenomegalico alinfoadenico della leucemia linfatica, finora non descritto. Caratteri di tale forma subacuta, che erano parimente riscontrabili in entrambi i casi, sono: l'età avanzata dei malati (oltre 60 anni), il decorso subacuto (5-6 mesi dai primi disturbi all'exitus), l'ipersplenomegalia, l'assenza di tumori ghiandolari, la scarsezza del numero dei leucociti nel primo periodo della malattia, la comparsa preterminale di una diatesi emorragica (piastrinopenica), la presenza in circolo di numerose forme del tipo indicato come « emoistioblasto linfoide ». L'O. presenta anche preparati istologici di varii organi.

Dott. E. CIARANFI. — *Osservazioni sulla fitotossicità del siero di sangue in varie forme morbose.*

Dott. G. RIGHI. — Riferisce su di un *sintomo precoce nella pertosse* e cioè sull'« ipertermia relativa, specialmente delle mani e della fronte ».

Tale sintomo, di per sè stesso non specifico, lo diverrebbe all'inizio d'una pertosse quale espressione d'una *tossiemia*, con ripercussioni nel sistema nervoso centrale e che insorgerebbe fino dal primo localizzarsi del bacillo Bordet-Gengou.

I Segretari: Proff. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 5 giugno 1932.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

Morte apparente nel tetano: reviviscenza mediante la respirazione artificiale.

MONDOLFO (Cesena). — Premesso che una delle cause più comuni di morte nel tetano è rappresentata dall'arresto brusco del respiro per crampo del diaframma e dei muscoli intercostali, l'O. afferma come sia logico in tali casi praticare la respirazione artificiale, la quale avrebbe lo scopo di mantenere un minimo di efficenza respiratoria fino al ripristino della respirazione normale.

È evidente che nei casi gravi, con contrazioni subentranti e di lunga durata, anche la respirazione artificiale può rimanere senza effetto. Ma se si considera che in qualche caso la morte può avvenire solo un istante prima del momento in cui cesserebbero le contrazioni, è evidente che quel minimo di aereazione polmonare può ridare la vita al paziente.

Riporta in proposito alcuni casi clinici.

Nel primo (un ragazzo quattordicenne, ricoverato in gravissime condizioni, la sera stessa dell'ingresso in Ospedale) si ebbe l'arresto istantaneo del respiro. Il pronto intervento del medico e del personale valse a scongiurare la minaccia di asfissia. Nei giorni seguenti si notò deciso miglioramento e in 14ª giornata di degenza il paziente fu dimesso guarito.

Nel secondo caso l'arresto del respiro si determinò in seguito a puntura lombare.

Anche questo infermo dovette la salvezza alla pratica della respirazione artificiale.

Nel terzo per ben tre volte, col mezzo citato, fu scongiurato il pericolo dell'asfissia; al quarto attacco però, sopravvenuto a breve distanza dagli altri, ogni soccorso fu vano e si ebbe l'esito letale.

È strano come di questa semplice manovra alla portata di tutti non si faccia menzione neppure nei più noti trattati di terapia. Non è fuor di luogo segnalarla all'attenzione del medico pratico al quale può dare in qualche caso effetti insperati.

MORETTI (Cesena). — *Su di un caso di colite da « Balantidium coli ».*

LORETI (Meldola). — *Di alcune pretese analogie fisio-patologiche fra le vie biliari e le vie urinarie.*

L'importanza del fattore meccanico nella patogenesi della pleurite nel pneumotorace artificiale.

CORINALDESI (Imola). — L'O. espone con rilievi e dati clinici l'importanza che avrebbe il fattore meccanico nella patogenesi della pleurite nel corso del pneum. art. basandosi principalmente sul fatto già noto che sospendendo i rifornimenti gassosi nel pnx unilaterale il versamento si attenua e scompare, mentre insistendo nei rifornimenti e portandoli a pressioni elevate il liquido ricresce rapidamente.

D'altra parte l'O. ha pure osservate che nel pnx unilaterale con pleurite controlaterale, il versamento compare quando la pressione è molto elevata, mentre diminuisce progressivamente fino alla scomparsa colla detensione del pneumotorace.

Inoltre ha notato che nel pnx bilaterale la comparsa della pleurite è più rara, ciò che potrebbe dipendere dal minore spostamento del mediastino.

Dall'insieme delle osservazioni fatte l'O., in conclusione ritiene che la ragione scatenante della pleurite nel corso del pnx sia dovuto principalmente ad un ostacolo circolatorio per deformazione meccanica dell'ilo polmonare.

Il glucosio e l'insulina nella terapia delle cardiopatie.

BETTUZZI (Imola). — L'O. ha sperimentato l'impiego del glucosio-insulina e del glucosio solo in cinque casi di affezioni cardiache in iscompenso.

Non ha notato disturbi evidenti, ha ottenuto invece risultati abbastanza soddisfacenti, specialmente per quello che riguarda aumento della diuresi, e per le migliorate condizioni generali soggettive. In quanto ai reperti obbiettivi non ha avuto risultati molto apprezzabili.

L'O. crede che la combinazione insulina-glucosio non sia migliore del glucosio solo; che tale terapia sia particolarmente utile nei casi che si debbono trattare a lungo con la digitale e succedanei; che non può sostituire i comuni cardiocinetici, ma che si può associare utilmente ad essi.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Avitaminosi tipiche e fruste di fronte alla pratica quotidiana.

Dott. ADOLFO MUCCI - Riolunato (Modena).

La vitaminologia, iniziata dal Funk nell'immediato anteguerra, ha assunto in questi ultimi anni uno sviluppo e una importanza di primo piano, ad opera delle varie scuole, tedesca, francese, inglese e sopratutto americana. L'Italia tiene un posto onorevole per merito del suo tenace e valoroso cultore, il Lorenzini.

Delle vitamine resta ancora oscura la composizione chimica; ma dalle ricerche ed esperienze di laboratorio, dalla farmacodinamica e dalla patologia umana è apparso tutto un nuovo orizzonte fisiopatogenetico nello sviluppo del corpo umano, nel metabolismo delle proteine, delle sostanze ternarie e dei sali minerali, nelle secrezioni interne, nello stato di difesa contro le malattie infettive.

E così oltre alle sindromi classiche (beriberi, xeroftalmia, scorbuto, rachitismo) si fanno oggi rientrare nel quadro delle avitaminosi l'osteomalacia, la tetania dei bambini e degli adulti, la malattia degli edemi, le anemie alimentari infantili. Gli AA. francesi comprendono le carenze vitaminiche fra le distrofie manifeste, intese come squilibrio nutritivo, accanto al diabete, alla gotta, alla obesità; mentre dalla lettura dei lavori americani (Plimmer, Carisson, Gross, Scerman, Smith, ecc.) si è tratti ad abbracciarne l'opinione che la stitichezza abituale ripeta la stessa causa, e che sviluppo e ulteriore destino dei nostri denti sia deciso nella vita endouterina dallo stato vitaminico della madre.

Ancora, accanto a una avitaminosi da carenza alimentare è risultato esisterne un'altra da carenza endogena, per disvitaminosi (Lorenzini), cioè per incapacità dell'organismo a utilizzare le vitamine in qualsiasi quantità introdotte con gli alimenti.

Ma acquisizioni di ben più vasta importanza pratica sono legate alla scoperta delle forme fruste (avitaminosi fruste, Lorenzini; stati precarenziali, distrofie latenti, AA. francesi); le quali presentano in maggior o minor grado la sintomatologia comune a tutte le avitaminosi — pallore, anoressia, arresto di sviluppo, insonnia, agitazione o' atonia — e caratterizzano la carenza specifica con tendenza a congiuntiviti, a rinofaringiti (avitaminosi A), ad anoressia più grave con disturbi intestinali e nervosi (B avitaminosi), a inappetenza con lievi ipertermie, manifestazioni di malessere con immobilità per dolorabilità delle articolazioni, pallore (Av. C), al rachitismo (Av. D).

Queste forme sono di gran lunga più frequenti nell'infanzia, ma possono riscontrarsi anche nell'adulto: dovute qualche volta a disvitaminosi, più spesso a deficienza alimentare per allattamento artificiale, per insufficienza, particolare rigore o uniformità di regime dietetico, quale può essere prescritto in gravi malattie acute, in istati cachettici, in ulcerati dello stomaco, in enterocolitici, o quali nevropatici, solitari e individui in cure di dimagramento spontaneamente s'impongono.

Ho l'impressione che nella pratica comune queste nozioni non siano sempre e adeguatamente tenute presenti: o perchè alle vitamine non si dà la necessaria importanza, o perchè non si ritiene che i nostri regimi dietetici possano essere a insufficiente contenuto vitaminico.

È questa considerazione che ha ispirato la presente nota, basata sull'osservazione personale di una forma non frusta ma conclamata di avitaminosi C, in una donna trentenne ammalata da quattro anni di dispepsia grave, probabilmente ed esclusivamente funzionale. Madre di quattro bambini, ha il penultimo, di tre anni, in cura ortopedica per piedi torti, e ha slattato l'ultimo di anni due, in ottavo mese. Nel suo male ha avuto alternative varie; da circa tre mesi si è nuovamente aggravata con anorresia grave, digestioni penosissime e prostrazione delle forze tanto crescente da essere da un mese obbligata al letto; accusa osteoartropatie e mialgie vaganti, e ha lievi rialzi febbrili serali e tosse.

È pallidissima, emaciata, atonica e profondamente astenica. Presenta gengive rossovinose, tumide a gittate e a escrescenze digitiformi; ampie chiazze irregolari ecchimotiche a tutto il terzo medio posterointerno della coscia sinistra e alle regioni anteriori delle gambe, dolenti alla palpazione. È pure dolente alla palpazione la spalla destra e la regione interna delle coscie (adduttori). Presenta un vasto focolaio congestizio alla base del polmone di sinistra.

Mercè larga somministrazione di aranci e limoni e di preparati vitaminici totali, l'ammalata rapidamente migliora: con arresto e regressione delle manifestazioni emorragiche, scomparsa della congestione polmonare e della febbre e, alla distanza di un mese, con buona ripresa delle forze e dell'appetito.

Negli adulti, viventi la comune vita civile, questi casi conclamati sono rari. Le ricerche nella nostra letteratura mi sono riuscite negative; pochi casi in quella straniera, ma in com-

penso un'evidente tendenza all'interessamento. Nel 1922 Umber rilevava che durante tutti i 58 anni della Società di Medicina di Berlino nessun caso era stato presentato. Gicher e Scerry ne riportano due casi in un lavoro del 1930; e in una pubblicazione dello stesso anno Dinkin ne descrive tre casi. Un numero relativamente maggiore è stato riscontrato negli ospedali di Boston e dello Stato del Massachussetts dal 1923 al 1928 (venti casi).

Rientrano tutti in queste categorie: gastroenteropazienti (ulceri dello stomaco e del duodeno, coliti, neurosi gastriche); ipocondriaci che si limitano per suggestione o si preparano da soli il poco e scarso cibo.

La mia paziente che da quattro anni teneva una dieta ristretta, durante i peggioramenti si nutriva di solo latte, bollito, pastine del commercio condite al burro o in brodo, e raramente uova. La gravidanza e l'allattamento ultimi l'hanno sorpresa in istato di carenza frusta; e, poichè in quelle condizioni il bisogno di vitamine è molto aumentato (Abels), si è avuta la manifestazione scorbutica conclamata. Se nello stato di carenza fosse stata nutrita di alimenti fortemente vitaminizzati, si sarebbe rotto il circolo vizioso che inevitabilmente si stabilisce (disturbi gastrici, dieta, avitaminosi, aumento dei disturbi dello stomaco), e l'ammalata probabilmente guarita.

Dall'esperienza di questo caso e da quanto sopra esposto sono tratto a concludere e a riassumere:

1) avitaminosi in genere e scorbuto in particolare possiamo riscontrarli nella comune pratica, non solo fra i bambini ma anche fra gli adulti;

2) esistono, molto più diffuse, forme fruste e latenti da imputarsi a ristretti e prolungati regimi dietetici, e qualche volta a particolare incapacità dell'organismo a utilizzare le vitamine introdotte;

3) anemie, anoressie, turbe gastrointestinali e nervose, tendenze emorragiche nell'infanzia, convalescenze trascinantisi, stati di astenia generale, atonia intestinale dell'adulto possono dipendere da carenza vitaminica;

4) nella donna gestante o allattante, negli allevati artificialmente, nei gastroenteropatici, bambini e adulti, è prudente e doveroso far opera di prevenzione, assicurando un sufficiente apporto vitaminico.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di scorbuto tipico in donna gastropaziente cronica, da lungo tempo a regime dietetico ristretto.

Tratta delle avitaminosi in genere, rilevando sopratutto la relativa frequenza e l'importanza pratica delle forme fruste o latenti, le quali vanno sempre tenute presenti, sia a scopo di prevenzione che per essere in grado di diagnosticare sintomatologie cliniche vaghe altrimenti di difficile interpretazione.

BIBLIOGRAFIA.

LORENZINI. *Teoria delle vitamine.* Pozzi, Roma, 1928.
SCERMAN and SMITH. *The vitamins.* Cheminal Catalog. Company, N. Y., 1931.
ACUNA. Rivista di Nipiologia, 15 maggio 1928.
GICHER a. SCERRY. Journal Americ. Med. Ass., volume 95, n. 1.
DINKIN. Mediz. Klin., vol. 26, n. 30; recensito in Pensiero Medico, 1931, n. 2.
MOURIQUAND. Presse Médicale, 19 settembre 1931.
RIBADEAU-DUMAS. Ibid., 4 febbraio 1931,.
MARTIN. The Lancet, n. 5632, CCXXI, 8 aprile 1931.
MARTIGNETTI. Rinnovamento Medico, 15 marzo 1931.

CASISTICA E TERAPIA.

Le lesioni patologiche provocate dagli ascaridi.

È noto che, nel corso della loro evoluzione, le larve di ascaridi passano per il polmone. Da ricerche eseguite da G. Gébel (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, aprile 1931) risulta che, in tale passaggio, esse provocano delle lesioni (polmoniti, emorragie) quando sono in quantità notevole. Frequente è la proliferazione dell'epitelio bronchiale ed alveolare, talvolta con formazione di cellule giganti. In un caso è stata osservata trombosi arteriosa ed arterite acuta.

Oltre alle lesioni polmonari, si osservano anche emorragie, infiltrazioni cellulari, piccole necrosi, degenerazione grassa nel fegato e piccoli focolai infiammatori nella parete intestinale.

I vermi adulti, che vivono generalmente nel tenue senza determinare disturbi apprezzabili, possono talvolta provocare disordini diversi. Si possono avere disturbi gastro-intestinali (anoressia, bulimia, vomiti, coliche, sensibilità dell'addome alla palpazione) che possono condurre ad indebolimento generale e ad anemia, specialmente nei bambini.

Nella parete intestinale, sono stati osservati dei focolai necrotici. Quando i parassiti diventano molto numerosi, i disturbi intestinali possono accentuarsi, dando meteorismo, feci diarroiche, talora anche emorragiche. In qualche raro caso possono dare ileo, sia per agglomerazione dei vermi che ostruiscono meccanicamente l'intestino, sia per produzione di una contrazione intestinale spastica. Talvolta, si può produrre una vera invaginazione intestinale, come conseguenza di enterospasmo nel punto dove stanno i vermi.

Differenti manifestazioni morbose si possono avere per influenza tossica (meningismo, convulsioni, trisma, insensibilità della pupilla, prurito). Frequente è l'eosinofilia. Altri disturbi, infine, possono aversi per migrazione dei vermi in altri organi (coledoco, dotto del Wirsung, appendice, ecc). *fil.*

Il significato clinico dell'amebiasi.

J. A. Macfadyen (*South African Med. Journ.*, 9 gennaio 1932) riferisce su 100 casi di infezione da *Entamoeba histolitica* in cui mancava o la diarrea o l'ascesso epatico.

I sintomi presentati da questi malati, in ordine di frequenza, sono stati: l'astenia, disturbi gastrici, dolore o malessere addominale, depressione psichica, stitichezza oppure diarrea, palpitazioni o sintomi riferibili all'apparato circolatorio, reumatismo, urticaria, disturbi urinari.

L'astenia era presente nel 70 % dei casi; il grado di astenia era vario nei vari individui, e si è sempre aggravato all'inizio della cura emetinica.

I disturbi gastrici erano presenti nel 54 % dei casi (e precisamente 25 % ipercloridria, 24 % dispepsia flatulenta e 5 % ipocloridria). In alcuni la storia era quella dell'ulcera duodenale.

Nel 40 % dei casi esisteva dolore addominale, nel 39 % anoressia, nel 33 % depressione psichica.

La diarrea c'era solo nel 33 % dei casi, mentre la percentuale degli stitici è stata del 12 % e del 32 % quella dei casi di diarrea e stitichezza alternate.

Palpitazioni furono osservate in 32 malati, reumatismo in 11, urticaria in 3, pielocistite in 2 (però non furono dimostrate amebe nelle urine).

L'aspetto generale dei malati era caratterizzato da pallore senza notevole denutrizione.

La diagnosi non si può fare in modo certo che coll'esame microscopico delle feci.

La prognosi in genere è buona, ma non si considererà duratura la guarigione che dopo un anno.

La cura più consigliata è quella dell'emetina associata a Yatren. L'yatren si può dare in pillole o per clistere, l'emetina per iniezioni o per bocca. Lo stovarsolo è usato comunemente, però il suo uso da solo non guarisce la malattia. Dopo l'emetina fu consigliato, dal Connor, il sottonitrato di bismuto a dose massiva (180 grani, cioè circa 10 grammi ogni 3 ore); ma sui risultati di questa cura ancora non ci si può pronunziare. Una dieta senza restrizioni e molto vitaminizzata è preferibile ad una dieta di fame.

R. LUSENA.

Il trattamento dell'amebiasi con gli alcaloidi del kurchi.

La corteccia ed i semi del kurchi (*Holarrhena antidyssenterica*) sono usati da lungo tempo nell'India (almeno da 1000 anni a. C.). Gli alcaloidi che se ne estraggono hanno dei vantaggi che possono farli preferire all'emetina. Essi, cioè, sebbene molto amari non sono nauseabondi e, quindi, possono essere somministrati per via orale; non hanno azione depressiva sul cuore e non hanno effetto cumulativo; le proprietà amebicide, in laboratorio, sono uguali a quelle dell'emetina, sebbene, in clinica, appaiano meno pronte.

R. Majumber (*Journ. tropical med. a. hygiene*, 15 agosto 1931) ha fatto in proposito nuovi esperimenti dai quali risulta che tali alcaloidi sono di gran valore nel trattamento dell'amebiasi. Le iniezioni ipodermiche possono essere somministrate, in casi acutissimi, insieme con quelle di emetina, potendosi così usare una dose minore di questa.

La somministrazione orale può essere fatta contemporaneamente a quella ipodermica ed essere continuata per qualche tempo durante la convalescenza. Vanno preferite le preparazioni liquide, mentre quelle solide od insolubili vanno usate nello stadio cronico o per i portatori. Il kurchi si è dimostrato molto attivo nel trattamento dell'amebiasi cronica e, dato il suo carattere non tossico, è conveniente per una prolungata somministrazione.

Andrebbe saggiato e introdotto nella pratica corrente. *fil.*

Il cloroformio nel trattamento dell'anchilostomiasi.

B. Cavagliano (*La medicina del lavoro*, marzo 1931) ha applicato in alcuni casi di anchilostomiasi, la cura proposta da Ceresoli nel 1915 contro l'elmintiasi in genere, somministrando 6-8 grammi di cloroformio disciolto in 30 g. di olio di ricino.

In tal modo, il cloroformio si libera soltanto nell'intestino ed agisce in maniera lenta ed uniforme.

Il metodo, osserva l'A. è innocuo e sicuro.

L'A. è inoltre favorevole alla denuncia obbligatoria dell'anchilostomiasi in ogni caso. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Nuovo dispositivo pel drenaggio aereo a permanenza dei pneumotoraci ipertesi da perforazione.

Secondo D. Bettini (*Tubercolosi*, gennaio 1932), è noto quanto sia frequente il sovrapporsi di un pneumotorace spontaneo ad un pneumotorace terapeutico a causa di una perforazione pleuro-polmonare. Mentre nel pneumotorace unilaterale il compenso è in questi casi facile e spontaneo, non è così in quello bilaterale ove bastano piccole variazioni per aversi disturbi molto pericolosi. Due procedimenti terapeutici sono stati proposti: la sottrazione continua di gas e la iniezione nel cavo pleurico di sostanze che valgano a chiudere la breccia del polmone. Questo ultimo è da scartare perchè dannoso, resta perciò il primo.

Ad ottenerlo nelle migliori condizioni il prof. Varisco, Primario medico dell'Ospedale di Udine, ha ideato un piccolo apparecchio.

Esso « consta di un piccolo trequarti di metallo inossidabile (di varie lunghezze secondo lo spessore della parete toracica) terminante ad una estremità con una oliva; questa può ricevere un tubo di gomma che mette il trequarti in comunicazione con un comune dispositivo a sifone.

L'oliva porta alla base una scannellatura con la quale a mezzo di una aletta mobile, si fissa ad una placca metallica che poggia sul torace.

Questa placca viene mantenuta in sito da un nastro elastico che circonda il torace stesso e pur mantenendo fissa la placca, non disturba i movimenti respiratori ».

Quasi tutte le perforazioni trattate con questo apparecchio sono guarite in pochi giorni.

Se l'applicazione di esso dovesse durare a lungo, è prudente cambiare la posizione una volta al giorno onde evitare, a traverso il foro allargatosi, la formazione di enfisema sottocutaneo esteso. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Anfotropismo del riflesso seno carotideo.

Un tempo si credeva che la compressione del fascio vascolo-nervoso del collo provocasse, con la stimolazione del vago, un riflesso che aveva come risultato un rallentamento del ritmo cardiaco; ricerche più recenti invece hanno dimostrato che non si stimola il vago, bensì il seno carotideo, eccitandone contemporaneamente i filuzzi simpatici e parasimpatici. Si ha cioè un riflesso anfotropo, con prevalenza dell'azione inibitrice (parasimpatica). Danielopolu, Marcu, Proca e Aslan (*Presse Médicale*, 30 marzo 1932) riprendendo esperimenti precedenti, sia su animali che su uomini, hanno osservato che, stimolando il seno si ha bradicardia, cui, appena cessata la stimolazione segue una tachicardia, dovute all'azione delle fibre parasimpatiche la prima, delle simpatiche la seconda. In qualche caso poi, all'azione inibitrice succede un'azione stimolatrice dell'azione cardiaca, mentre ancora perdura la compressione del seno.

Nella scimmia e nel gatto poi il riflesso è a volte esclusivamente inibitore, altre volte stimolatore, altre volte difasico. Così pure nell'uomo si ha talvolta un'azione totalmente inibitrice dell'apparato cardiovascolare, con bradicardia, e diminuzione della pressione arteriosa, altre volte la pressione viene innalzata e il ritmo cardiaco si accelera, altre volte ancora si ha un'azione dissociata, con aumento della tensione arteriosa e rallentamento della frequenza del cuore.

Studiando elettrocardiograficamente l'azione del riflesso carotideo, si è visto che esso può produrre talvolta extrasistoli o una tachicardia eterotopa; e, fatto ancora più interessante, questi fenomeni abnormi vengono fatti scomparire con una nuova stimolazione del seno carotideo.

Tutti i fatti soprariferiti dimostrano in modo inconfutabile che nella compressione del seno carotideo si ha una stimolazione sia del simpatico che del parasimpatico.

Gli autori infine, riferendosi a loro precedenti esperimenti, ricordando come la compressione del seno possa provocare convulsioni epilettiformi, ritengono che la nevrectomia sinocarotidea sia indicata nell'epilessia.

Mentre recidendo il solo nervo di Hering, (ramo sinocarotideo del glosso faringeo) si ha tachicardia e ipertensione cronica, tali fenomeni non si producono se si recidono tutti i nervi che si portano al seno. Così pure nei tabetici, in cui manca il riflesso sino-carotideo, non si ha nè ipertensione nè tachicardia. Sono questi altri fatti che in modo sicuro dimostrano l'azione duplice, inibitrice e stimolatrice, del seno carotideo. M. PONS.

VARIA.

Brillat-Savarin e la medicina (1).

È evidente che Brillat-Savarin, la cui « fisiologia del gusto » riflette così curiose conoscenze mediche, ha dovuto prima di formarsi delle opinioni così giuste e di conseguenza così ascoltate, circondarsi di studi medici, leggere delle numerose opere e frequentare i nostri ambienti. Egli stesso del resto si presenta così: « Io sono sopratutto medico dilettante; questa è per me quasi una manìa ».

Ma se le conoscenze mediche e fisiologiche del Brillat-Savarin sono strane e curiose, non mancano però di quella genialità e di quello spirito finemente osservatore associato ad una filosofia piena di esperienza e di buon senso, di cui si trova traccia in ogni pagina della sua opera. Veramente dilettevole riesce quindi l'analisi che dell'opera del simpatico avvocato, uomo di mondo e sopratutto buongustaio che era il B. S., ha fatto un giovane medico francese, il Laroche.

La maggior parte dei dati fisiologici di cui è infiorata l'opera del B. S. si riferiscono, naturalmente, agli organi dei sensi e particolarmente al gusto, il cui meccanismo sembra essere ben noto al nostro autore. Vi è una esposizione dettagliatissima della fisiologia della digestione e dell'assimilazione, un gran numero di asserzioni molto poco scientifiche ma non per questo meno divertenti sul sonno e i sogni, sulla morte e sulla teoria di Gall, che

---

(1) J. A. LAROCHE. *Brillat-Savarin et la Médecine.* Librairie Le François, 21. Bd., St.-Germain, Paris.

era a quei tempi la questione del giorno. È curioso di vedere come il nostro autore concepisce l'evoluzione dei sensi:

« Se è permesso di portarsi con l'immaginazione ai primi momenti dell'esistenza del genere umano è anche permesso di credere che le prime sensazioni sono state puramente dirette; si è cioè *visto* senza precisione, *udito* confusamente, *odorato* senza scelta, *mangiato* senza assaporare e *goduto* con brutalità ». Il sorgere delle arti « è dovuto alle esigenze di questi sensi perfezionati, i quali non domandano altro che di essere gradevolmente occupati ». E riguardo alle scienze: « Le scienze non sono come Minerva, che uscì completamente armata dal cervello di Giove; esse sono figlie del tempo e si formano insensibilmente, in un primo tempo dalla collezione dei metodi indicati dall'esperienza e, più tardi, dalla scoperta dei princìpi che si deducono dalla combinazione di questi metodi ».

Ma di tutti i sensi, quello che più attirò l'attenzione di B. S. fu certamente il gusto, che egli spiega in maniera precisa e là cui esposizione fisiologica è degna di un medico.

« Per conto mio, io sono non solo intimamente convinto che, senza la partecipazione dell'odorato, non si ha degustazione completa, ma sono anche tentato di credere che l'odorato e il gusto non formano che un solo senso, di cui la bocca è il laboratorio e il naso il caminetto o, per parlare più esattamente, di cui l'uno serve alla degustazione dei corpi tattili e l'altro alla degustazione dei gas ».

E, di tanto in tanto, l'osservazione filosofica: « Guardando bene da vicino, gli elementi dei nostri piaceri sono la difficoltà, la privazione, il desiderio del godimento ».

O ancora: « La digestione è, di tutte le operazioni corporee quella che più influisce sullo stato morale dell'individuo ». Il sonno e la morte gli hanno inspirato delle pagine veramente belle. Quest'ultima non l'impaurisce; egli la descrive così: « La morte è l'interruzione assoluta delle relazioni sensitive e l'annientamento assoluto delle forze vitali, che abbandonano il corpo alle leggi della decomposizione ».

La seconda parte della sua opera tratta della terapia e della dietetica. Al principio una definizione della gastronomia. « È — egli dice — la conoscenza ragionata di tutto ciò che è in rapporto all'uomo, in quanto questi si nutrisce ». E più in là: « La Gastronomia governa l'intera vita; chè le grida del neonato chiamano il seno della nutrice e il morente riceve ancora con piacere la pozione suprema, *que, helas!, il ne doit plus digérer* ». E ancora:

« La gastronomia è la scienza di conservare la vita, l'arte di conservare la bellezza e restar giovane: essa da agli occhi più lucentezza, alla pelle maggior freschezza, più durezza ai muscoli: coloro che sanno mangiare sono di dieci anni più giovani di quelli a cui questa scienza è ignota ».

Interessanti sono le opinioni che il simpatico scrittore esprime sul valore delle varie sostanze alimentari: troppo lungo sarebbe il riportarle; ma non vogliamo tralasciare questa simpatica dichiarazione che potrebbe essere di valido aiuto a qualche giovane medico in dubbio nella scelta di una specializzazione. « Se io fossi stato medico e con diploma — dice dunque il nostro autore — io avrei prima fatto una buona monografia sull'obesità; avrei quindi stabilito il mio imperio in questo cantuccio della scienza e avrei così avuto il doppio vantaggio d'avere, per malati, la gente che sta in salute meglio di tutti e d'essere assediato tutto il giorno, dalla metà più bella del genere umano; chè possedere una giusta proporzione d'*embonpoint*, nè troppo nè troppo poco, è, per le donne lo studio di tutta la loro vita.

Concludendo, Brillat-Savarin, ha saputo fondere delle nozioni fisiologiche e terapeutiche con un gran numero di fatti storici, osservazioni psicologiche e riflessioni filosofiche, in un insieme armonioso. Tutti i dettagli, malgrado la loro eterogenità, concorrono a sostenere la tesi dell'autore, che è la dottrina della gastronomia nel senso largo della parola. Nessuno potrebbe oggi interessarsi a tale dottrina più del medico. Se Brillat Savarin ha improntato alla medicina i più valevoli e durevoli fra i suoi argomenti, la medicina deve essere a lui riconoscente di molti insegnamenti che solo il buon senso e la riflessione di un grande spirito potevano dare.

G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Circolare sulla repressione dell'esercizio abusivo della professione medica. — Al dott. V. L. da R.:

Si tratta della circolare *5 luglio 1928, n. 20400.3*, che illustra l'applicazione della

— *legge 6 maggio 1928, n. 1074* sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie;

— *legge 23 giugno 1927, n. 1264* sulle arti ausiliarie delle professioni sanitarie;

— e Regolamento 31 maggio 1928, n. 1334 per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927.

Queste leggi e regolamenti sono stati illustrati nella *rubrica dell'Ufficiale Sanitario* sul « Policlinico » del 6 gennaio 1930, n. 1.

A. FRANCHETTI

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

48° *Dottor O. M.* — Il Comune non può agire arbitrariamente, ma ha facoltà di riordinare il servizio sanitario e di sopprimere condotte eventualmente esuberanti. Ciò in astratto. Il provvedimento di riforma deve avere, però, una causa legittima. Trattandosi di modificazione del capitolato, la deliberazione del Podestà deve essere approvata dalla G. P. A., in sede di tutela, *sentito il parere del Consiglio Provinciale Sanitario*.

Contro il provvedimento della G. P. A. Lei può ricorrere al Ministero dell'Interno, in sede gerarchica.

Approvata la riforma, bene o male, e soppressa una delle tre condotte dovrà essere dispensato uno dei titolari. Contro il provvedimento di dispensa, l'interessato potrà ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di giorni trenta dalla notificazione. Egli potrà dedurre motivi inerenti alla causa della dispensa (cioè alla soppressione, in quanto questa non sia legittima), e alla scelta del sacrificando, in quanto il provvedimento che dispensa tizio o caio violi norme di legge o di regolamento o sia viziato per cattivo uso del potere.

L'attività del Podestà, agli effetti della dispensa, non è regolata dalla legge; è discrezionale, ma deve essere guidata da criteri obbiettivi e logici: anzitutto, l'interesse dell'amministrazione e del servizio, sicchè deve essere dispensato chi è meno idoneo; in secondo luogo, assicurata l'assistenza sanitaria, il Podestà deve aver cura di cagionare il minor danno, sicchè, per esempio, deve essere preferito al fine della conservazione del posto chi non ha diritto a pensione.

Posti questi criteri generali, il Podestà provvede caso per caso, considerati tutti gli elementi di fatto.

49° *Dottor G. L. C.* — È vietato l'uso della *qualifica* di specialista, ma non l'esercizio di speciali attività professionali e la designazione di queste, purchè, s'intende, la forma usata non sia atta o predisposta a creare equivoci e a dissimulare la qualifica. A me pare che la designazione « medico chirurgo ostetrico » non sia illegittima, non sia cioè compresa nel divieto.

50° *Dottor L. L.* — Secondo le norme ora vigenti, il Podestà ha facoltà di scelta; praticamente, però, la sua attività è guidata dalle note istruzioni ministeriali, essendo ordinata al Podestà la comunicazione preventiva dei motivi di esclusione del primo graduato e la nomina del secondo essendo subordinata all'autorizzazione del Prefetto. Astrattamente non è vietato al Podestà di deliberare; ma in pratica è ovvio prevedere che egli si uniformi alle istruzioni degli organi gerarchici.

È stato presentato alla Camera il disegno di legge che dovrà modificare l'ordinamento delle nomine. Ma queste disposizioni, che entreranno in vigore quando la legge, non ancora approvata, sarà pubblicata, regoleranno l'attività futura e non avranno effetto sul passato.

51° *Dottor B. B.* — La giurisprudenza, interpetrando l'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906 n. 446, ha ritenuto che siano dispensati dal limite di età, in ogni caso, coloro che prestino o abbiano prestato servizio in altra condotta per ufficio di titolare e in posto di organico. Ma queste condizioni, che escludono la valutabilità del servizio interinale o di supplenza, sono necessarie quando si tratti della esenzione prevista dal regolamento generale, con disposizione che è obbligatoria in ogni caso.

Non essendo stabilita dalla legge la condizione della età e potendo invece i singoli enti prescinderne o prescriverla e quindi regolarla, non è escluso che possa essere anche stabilita una diversa causa di esenzione, per la quale non si richieda la prestazione di precedente servizio per ufficio di titolare.

Nel caso da Lei indicato, se è dispensato dalla condizione della età « *chi da oltre un anno* presta servizio come medico condotto », si può ritenere che basti la prestazione in base a nomina regolare e non sia necessaria la titolarità dell'ufficio.

Se Lei è stato medico condotto titolare in tempo passato, può far valere questa causa di esenzione, a norma dell'art. 27 del citato regolamento, il quale è operativo di effetti anche se altre e diverse condizioni siano prescritte dal regolamento locale.

52° *Dottor V. F.* — La condizione di aspettativa per riduzione di quadri, con assegno fisso, come quella di pensionato, non è di ostacolo all'assunzione di altro impiego: medico condotto, ecc. L'impedimento può derivare dal limite di età, che è stabilito dalla legge per gli ufficiali sanitari, salve eccezioni determinate, e può essere prescritto dai regolamenti locali per la nomina dei mdici condotti, dei sanitari ospedalieri, ecc.

Vi sono esenzioni da questo limite, ma sono stabilite dagli stessi regolamenti.

Per la nomina dei sanitari condotti c'è una disposizione generale ed imperativa che eccettua dalla condizione della età coloro che prestino o abbiano prestato servizio, anche in tempo non prossimo, in altre condotte.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). *Congregazione di Carità*. — Scad. 10 ott.; chirurgo direttore e medico aiuto chirurgo; età lim. rispett. a. 35 e 40; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 21 giu.; stipendi rispettivam. L. 14.000 e L. 8.000; partecipaz. Pel direttore: titolo di specializzaz. o biennio di aiuto chirurg. in ospedale non infer. a 100 letti.

AREZZO. *Comune*. — Scad. 21 sett., ore 18; 6ª condotta di campagna; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., L. 800 arm. farm., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 20 giu. Chiedere annunzio.

BERGAMO. *Istituto Ortopedico Matteo Rota*. — Scad. 15 ag., ore 17; medico assistente; L. 3360 annue più alloggio nell'Istituto (obbligatorio) e percentuale sui proventi d'esercizio; età lim. 30 a.; veglie di L. 25; nomina e conferme biennali, fino a 40 a.; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

CASTELNUOVO CALCEA (*Alessandria*). — Scad. 15 ag.; L. 7000 oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san.

CASTELNUOVO GARFAGNANA (*Massa Carrara*). — Scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 2000 trasp., L. 20 ogni famiglia eccedente il numero di 120.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di « S. Agostino »*. — Scad. 31 lug.; chirurgo primario direttore; L. 12.000 oltre L. 1000 serv. att., L. 1339,50 c.-v., con le limitazioni di legge; riduz. 12 %; 65 % onorari abbienti per operazioni chirurgiche e visite di ambulat., 40 % gabinetto radiologico e cure fisiche; età lim. 35 a.

CASTRO DEI VOLSCI (*Frosinone*). — Scad. 15 sett.; 2ª cond.; L. 9500 da ridurre del 12 % e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc., addizionali L. 4 e L. 5 oltre 1000 e 2000 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CATANZARO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 16 ag. Direttori tecnici dei Dispensari di Nicastro, Crotone e Vibo Valentia; L. 6000 oltre indenn. serv. att. L. 1500; nomina quinquennale. Direttore tecnico della Sezione dispensariale di Tropea; L. 4000; nom. triennale. Conferme per uguali periodi. Età lim. 45 a. al 15 giu.; tassa L. 50,10.

CERIGNOLA (*Foggia*). *Opere Pie Riunite « Ospedali ed Ospizi »*. — Scad. 20 lug.; chirurgo; lire 5000 aumentabili. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

CIVITELLA S. PAOLO (*Roma*). — Scad. 15 ag.; L. 10.500 ridotte del 12 % per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadrienni dec.; L. 352 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

DIANO MARINA (*Porto Maur.*). — Scad. 31 lug.; L. 7500 e 10 bienni ventes., addizion. L. 5 sopra i 500 pov., L. 2000 cavalc., L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

FABRIANO (*Ancona*). — Tre condotte medico-chirurgiche residenziali di Albacina-Collamato-Sant'Elia. Stipendio iniziale L. 9000; cinque aumenti quadriennali del decimo; indennità caro viveri come per l'altro personale del Comune; abitazione gratuita; indennità di L. 3000 o di L. 2000 a seconda che l'eletto si servirà come mezzo di trasporto per la generalità degli abitanti dell'automobile, cavallo o della motocicletta. Ritenute di legge oltre quella del 12 %. Documenti di rito. Età non superiore agli anni 35 salvo eccezioni di legge; limite di età aumentato di cinque anni per gli ex combattenti. Scadenza ore diciotto del 20 agosto.

MONSANVITO (*Ancona*). — Per titoli: condotta medico-chirurgica con incarico del servizio all'Ospedale. Stipendio annuo lorde L. 10.700. Indennità temporanea caro-viveri, lorda come per gli altri impiegati comunali. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000 se con cavallo o automobile; L. 2000 se con motocicletta; L. 1000 se con bicicletta. Il tutto soggetto a riduzione del 12 %. Numero cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale. Documenti di rito in bollo e legalizzati a sensi di legge. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 15 agosto. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

MONTIERI (*Grosseto*). — Scad. 31 lug., capoluogo; L. 9400 oltre L. 1000 uff. san., L. 2000 per la fraz. Travate; riduz. 12 %; età lim. 39 a. al 15 giu.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti*. — Scad. 31 lug.; 21 posti di coadiutori aggiunti di chirurgia e 21 di coadiutori aggiunti di medicina; età lim. 35 a.; chiedere annunzio.

POMPEI (*Napoli*). — Scad. 15 sett.; L. 9500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; certificato punti negli esami di laurea e speciali.

PONTEBBA (*Udine*). — Scad. 5 agosto; consorzio; 2° reparto; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., L. 500 uff. san.; c.-v.; riduz. 12 %.

RAPAGNANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 8 ag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; direz. Ospedale.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli. Posto di medico-condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caro viveri, indennità bicicletta; il tutto ridotto del 12 %. Popolazione 1930. Poveri 105. Termine utile presentazione documenti di rito ore dodici del 20 luglio 1932.

S. LUCIDO (*Cosenza*). — Scad. 30 sett.; L. 6500, oltre L. 600 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

SANT'ORESTE (*Viterbo*). — Scad. 25 ag.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 352 se uff. san., L. 1056 arm. farm.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 giu.

TAGLIOLO BELFORTE (*Alessandria*). — Scad. 30 sett.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TAIPANA (*Udine*). — Scad. 10 ag.; rivolgersi Municipio.

VICENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Medico supplente nell'Ospedale Provinciale « *San Felice* ». Stipendio annuo L. 5000. Documenti di rito. Scadenza 30 luglio 1932. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Vicenza.

VOBARNO (*Brescia*). — Scad. 20 ag.; 2ª cond.; L. 8800 oltre c.-v., L. 2640 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio per i laureati in medicina e chirurgia a Bari.

È aperto il concorso ad un premio della Fondazione « Tommaso Storelli » fra i laureati in medicina e chirurgia nell'anno accademico 1930-31. Il premio è di L. 1250.

Possono prendere parte al concorso tutti quei laureati in medicina e chirurgia nell'Università di Bari che: almeno nell'ultimo triennio siano stati iscritti all'Università di Bari e vi abbiano conseguito la laurea al 6° anno d'iscrizione; abbiano ottenuto una votazione non inferiore agli otto decimi negli esami di Patologia e Clinica medica; presentino una o più memorie a stampa, posteriori alla data della laurea, oppure lavori originali inediti, ma dattilografati, riguardanti argomenti di Patologia e Clinica medica. Non si terrà conto dei lavori in collaborazione.

A parità di merito per l'entità dei lavori il premio sarà assegnato a chi nelle votazioni dei singoli esami, sostenuti durante la carriera universitaria, abbia conseguito la più alta media e ottenuta la migliore votazione di laurea.

La domanda in carta bollata da L. 3 sarà inviata al Magnifico Rettore dell'Università di Bari non oltre il 31 luglio 1932 e sarà corredata dal certificato di cittadinanza italiana, oltre i documenti sopraelencati.

Concorso « Luigi Sabbatani ».

Per donazione della Italmerck S. A. - Milano, concessionaria esclusiva della casa E. Merck - Darmstadt, è bandito un concorso tra gli studiosi italiani sul tema « Calcio e vitamine - Ricerche scientifiche »; la Commissione lo intitola al nome di Luigi Sabbatani che, per primo in Italia, ha lasciato lavori fondamentali sul calcio.

Il termine del concorso è stato prorogato a richiesta di molti interessati di sei mesi ed è stato fissato al 30 giugno 1933.

I concorrenti dovranno presentare 5 copie dattilografate del lavoro, indirizzandole al presidente della Commissione giudicatrice del concorso presso l'Istituto della Clinica Medica Generale della R. Università di Milano, via Francesco Sforza 35. Norme consuete. Saranno assegnati 3 premi: 1° di L. 12.000; 2° di L. 5000; 3° di L. 3000; l'assegnazione di essi sarà fatta entro il settembre 1933.

La Commissione giudicatrice è composta dei proff. Luigi Zoja, presidente; Ferdinando Micheli, Alberto Pepere, Luigi Spolverini, Adriano Valenti.

Per informazioni eventuali rivolgersi al prof. Adriano Valenti, Istituto di Farmacologia, Tossicologia e Terapia Sperimentale della R. Università di Milano, via Mangiagalli.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio internazionale sul tracoma, istituito dal Reale Ministero della Previdenza Sociale dell'Ungheria, dell'importo di 2000 franchi svizzeri, è stato assegnato, pel 1931, ai dottori prof. Ugo Lumbroso (Tunisi) e J. Taboriski (Palestina). Inoltre sono state conferite menzioni onorevoli ai dottori C. Cattaneo (Sassari), P. Olitsky (New York), Röthh e Kanyó (Budapest), C. Trapezontewa (Mosca). Il prof. Lumbroso è, notoriamente, un italiano che ha lavorato presso il prof. Nicolle; attualmente è nella Clinica oculistica di Roma.

Il Consiglio Superiore dell'Università di Buenos Aires ha delegato, straordinariamente, il cómpito di direttore della Facoltà Medica al prof. Raúl Wernicke, in seguito alla rinunzia dei direttori precedenti; il Wernicke ha designato come segretario il prof. Fernando G. Ramos.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Parigi.

Congresso Internazionale della litiasi biliare.

Poche sono le questioni che, in questi ultimi tempi, hanno subìto tante modificazioni quanto il problema della litiasi biliare.

Ci contenteremo di accennare qui solo alle principali controversie, per mostrare quanta sia l'importanza del congresso che si sta preparando.

Recentemente ancora non si vedeva nella litiasi che la manifestazione di una infezione microbica localizzata e imitata alla colecisti. Ormai, invece, la possibilità di colelitiasi asettiche è da tutti ammessa: molto frequenti sono infatti i casi che sembrano originarsi da un'alterazione delle funzioni muco-secretrici o assorbenti dell'epitelio della cistifellea, da una stasi biliare per atonia colecistica di origine neuro-vegetativa, da una modificazione dell'equilibrio colloidale degli umori, e sopratutto da una ipercolesterinemia, dipendente a sua volta, più o meno direttamente, da un'ipofunzione cronica del fegato.

Nell'insieme, si tende ad accordare un'importanza sempre più grande al fegato, il quale risulta sempre leso nella colelitiasi, come hanno dimostrato le biopsie: in tal modo si spiegano i legami che uniscono indiscutibilmente la litiasi biliare alle altre malattie del ricambio (litiasi urinaria, gotta, reumatismo, obesità, diabete) le quali — come quella — possono avere un'origine epatica.

Fino ad ora si era ammesso che i calcoli non si formassero che nella colecisti. In realtà possono originarsi anche nel cistico, nei canali secretori e perfino nei canalicoli biliari intraepatici, cosicchè la colecistectomia non basta sempre ad evitare le recidive.

La sintomatologia delle coliche epatiche può essere dovuta a molte cause, oltre che alla presenza di calcoli nella cistifellea: ad esempio, a semplici colecistiti, a coliche proteiniche, a congestione epatica, a ptosi viscerali, ecc.

L'ittero, anche durante la colelitiasi più netta, non è sempre dovuto ad una causa meccanica o ad una semplice occlusione: molto spesso è originato da un disturbo funzionale della cellula epatica, fatto che, naturalmente, rende spesso dubbiosi sulla convenienza di un intervento chirurgico, sempre nocivo di per se stesso al fegato.

La colecistectomia precoce godette, alcuni anni fa, di grande favore: si pensava infatti che, asportando la cistifellea, causa di tutti i mali, si potesse ottenere, come con l'appendicectomia, una guarigione radicale. I risultati furono invece talora molto scoraggianti, così per la persistenza dei dolori, come, e sopratutto, per lo stato costante di fragilità epatica. Quando speciali circostanze non si impongano, si preferisce oggi di praticare una colecistectomia con drenaggio, ed anche le cure mediche e le cure termali specializzate, che conservano tutto il loro favore.

D'altro lato, molte sono le discussioni sui dati forniti dall'esame radiologico e dalle ricerche chimiche di esplorazione funzionale del fegato: sui risultati del drenaggio, della diatermia, ecc.

Non essendo possibile trattare in una sol volta tanti e tanto svariati argomenti, il Comitato del prossimo Congresso ha deciso di limitare la discussione a tre temi, particolarmente importanti:

1) I postumi della colecistectomia;
2) La cura medica ed idro-minerale della colecisti della litiasi biliare;
3) Il fegato litiasico.

L'insieme dei rapporti, delle discussioni e delle comunicazioni, cui queste questioni daranno luogo, formerà un largo studio di tutto il campo della litiasi biliare e dei molteplici problemi che vi si riferiscono.

A giudicare dalle numerose adesioni già ricevute da ogni parte, le riunioni mediche che si stanno preparando avranno certamente un grandissimo successo.

* * *

Rammentiamo che il termine delle iscrizioni è stato fissato al 1° agosto e che tutte le domande di informazioni, le adesioni e le quote dovranno essere inviate al dott. Jean Aimard, segretario generale del Congresso Internazionale della « Litiasi biliare », 24 boulevard des Capucines, Paris (IX).

Da Cagliari.

Conferenze mediche.

Per iniziativa dell'attuale Consiglio direttivo dell'Accademia Medica, si sono tenute, in queste ultime settimane, tre conferenze di aggiornamento e di cultura.

La prima è stata tenuta dal prof. Luigi Castaldi, direttore del R. Istituto anatomico universitario. Per quanto il tema « Dalla morfologia classica alla morfologia sperimentale » possa apparire come una rassegna di nomi e di tappe monotone e d'indole strettamente specifica, il prof. Castaldi, con la sua vasta erudizione e cultura storico-medica, lo ha reso attraente e suggestivo, poichè oltre a sfiorare il continuo progresso delle mediche discipline, al cui sviluppo hanno potentemente contribuito gli studiosi italiani, è riuscito a incatenare l'uditorio col sottolineare in modo speciale episodi e figure della Scienza nazionale.

La seconda, sulla costituzione motoria, è stata tenuta dal prof. Lionello de Lisi, direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali. L'arduo argomento cui solo recentemente il contributo di poche scuole ha dato una fisionomia che si impone all'attenzione degli studiosi, è stato affrontato dall'O. non solo con la competenza che gli deriva da una lunga e appassionata applicazione, ma ravvivato dall'arte di porgere e di esporre che sono una delle più felici doti del prof. de Lisi. Egli ha rivelato in esso anche la profonda competenza tratta da studi personali universalmente apprezzati.

Ed in ultimo il prof. Gino Baggio, direttore della R. Clinica Chirurgica, ha intrattenuto una numerosa accolta di universitari, di medici liberi e di studenti, sulla etiologia, patogenesi e cura chirurgica dell'ulcera gastrica.

L'uditorio ha seguito con intenso interesse l'esposizione sintetica ma completa dell'argomento, dove l'oratore ha lasciato traccia di ricerche sperimentali largamente note ed apprezzate.

P. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Società di medicina e igiene coloniali.

Il Consiglio direttivo si è adunato a Roma sotto la presidenza del prof. sen. sir Aldo Castellani, presenti i proff. Alessandrini, Castronovo, Gosio, Levi della Vida, Penucci, Pullè, Rho, Spezzaferri.

Vennero comunicate le dimissione del sen. Gabbi; ma il Consiglio ha deliberato, al riguardo, d'invitare il Gabbi a recedere dal suo proposito. Il Consiglio ha fatto voti perchè i soci i quali ultimamente non si sono tenuti a contatto col sodalizio, vogliano rientrare a prendere parte alla sua vita e intanto regolarizzino la loro posizione economica. È stato chiamato a far parte del Consiglio il prof. Jacono. Al segretario cap. med. Spezzaferri è stato associato il prof. Pullè; al cassiere economo prof. Levi della Vida il dott. G. Acanfora. La sede sociale è stata trasferita presso la R. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali.

Su proposta del presidente, il Consiglio direttivo delibera che una volta all'anno si organizzi in Roma una riunione della Società a scopo scientifico e amministrativo. In epoche da determinarsi si terranno Congressi in quelle sedi che volta per volta verranno determinate ed eventualmente anche nelle Colonie.

Circa le pubblicazioni sociali (Bollettino, Resoconti delle sedute, Atti dei Congressi ecc.), il Consiglio delibera di prendere accordi col « Giornale di Medicina Militare », cogli « Annali di Medicina Navale e Coloniale », nonchè col « Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale ».

Società di chirurgia della bocca.

La prima riunione della Società si è tenuta a Parma il 19 giugno, con l'intervento di oltre duecento stomatologi. Alla seduta inaugurale, che ebbe luogo nell'aula magna dell'Università, parlarono il magnifico rettore prof. Preti e il presidente della Società prof. Arlotta. Furono poi svolte le relazioni: « Il pratico dinanzi alla produzione scientifica odierna (prof. Beretta di Bologna); « Le fratture della mandibola (prof. Cavina di Padova); « Tappe della ortopedia dento-facciale » (prof. Maggioni di Genova). La seduta pomeridiana fu interamente dedicata agli interessi interni dell'Associazione. La relazione del presidente pose in luce i progressi della Società in sei mesi di vita: gl'iscritti da 65 nel novembre 1931 sono saliti a 330, fra cui 26 professori universitari della specialità; la « Rivista Italiana di Stomatologia » ha ottenuto un rapido successo.

Fu inviato un telegramma al Duce.

Il prof. Beretta, presidente del Comitato ordinatore del II Congresso stomatologico internazionale, che avrà luogo a Bologna nel settembre 1934, ha informato l'assemblea dei primi atti dell'organizzazione di questa mondiale assise.

La prossima riunione della Società avrà luogo probabilmente a Tripoli.

Settimana medica padovana.

A Padova da 22 al 29 maggio u. s. si è svolta la Settimana medica organizzata dal locale Sindacato medico provinciale.

Inaugurata alla presenza dell'on. Morelli e delle autorità locali, ha radunato ben 185 medici venuti da ogni parte d'Italia.

I corsi tenuti dai professori della Facoltà Medica si sono svolti con criterio essenzialmente pratico, e le lezioni sono state integrate da quotidiane esercitazioni e dimostrazioni.

In uno dei giorni della « Settimana » i medici iscritti si son recati assieme ai professori della Facoltà Medica a visitare le antiche Terme di Abano, ed hanno avuto modo di ammirare la perfetta organizzazione dei servizi e i rinnovati magnifici impianti, che fanno di Abano una stazione termale veramente modello.

La « Settimana » si è chiusa con un breve discorso del prof. Mario Truffi, che è stato l'anima della felice organizzazione. Essa ha lasciato in tutti i frequentatori il desiderio di ritornare periodicamente a riudire la voce dei maestri.

La Settimana Medica si ripeterà nel venturo anno.

Le giornate mediche di Bruxelles per il 1933.

Saranno dedicate (modificando in ciò la direttiva seguita fino ad ora) allo studio speciale di un solo tema, e cioè alla sifilide nei suoi rapporti con i diversi rami della medicina. Il programma è in parte già elaborato e alla sua completa realizzazione concorrerà il prezioso aiuto di numerose personalità del mondo medico. Fin dalla prima ora il prof. Gougerot ha offerto alla iniziativa l'appoggio della sua autorità ed esperienza. Egli darà inizio ai lavori scientifici illustrando « Le nuove nozioni nell'evoluzione della sifilide ». Parleranno in seguito il prof. Nicolas di Lione, « sulla sifilide e le ghiandole endocrine »; il prof. Ravaut, « sulle sifilidi nervose »; il prof. Fiessinger, su « la sifilide nelle affezioni del fegato »; il prof. Laroche, « sulla sifilide del tubo digestivo e dei reni ». Il prof. Spillmann illustrerà « Gli ultimi 25 anni di clinica sifilografica »; il prof. Lian « la sifilide del cuore e dell'aorta »; il dott. Ameuille « la sifilide delle vie respiratorie »; il prof. Levaditi « la sifilide sperimentale e clinica ».

Completeranno il ciclo delle relazioni il prof. Bessemans di Gand, che esporrà i suoi lavori sulla « sifilide sperimentale »; il dott. Bernard, che tratterà « la sifilide e gli accidenti da lavoro »; i dottori Branden e Dubois, professori alla Scuola di Medicina tropicale di Forest-Bruxelles, che parleranno « sui rapporti della sifilide con la medicina coloniale e le malattie tropicali ». Hanno assicurato inoltre il loro concorso i proff. Dekeyse, Dujardin, Lespinne, A. van Lint.

Non farà invece parte del programma il problema della sifilide esaminato dal punto di vista sociale e nei suoi rapporti con l'eugenetica, la medicina preventiva, la prostituzione, ecc.

L'Associazione Medica Cinese.

I Comitati esecutivi dell'Associazione Medica Nazionale Cinese e dell'Associazione Medica della Cina si sono adunati a Sciangai il 15 aprile e hanno deciso di fondere insieme le due associazioni. Alla presidenza del nuovo ente è stato chiamato il dott. W. S. New; segretario generale è stato nominato il dott. H. P. Chu. Per qualsiasi informazione rivolgersi alla « Chinese Medical Association », Ma 78 Tzepang and Avenue Roads, Shanghai, China.

Organo ufficiale dell'Associazione è « The Chinese Medical Journal », P. U. M. C., Peiping (Peking), China.

2° Congresso spagnolo di patologia digestiva.

Avrà luogo a Valenza dall'11 al 13 maggio 1933, sotto la presidenza effettiva del Dr. Francisco Gallart; segretario generale ne sarà il Dr. Juan Foncuberta Casas (Calle de Clarís 113, Barcelona), cui possono richiedersi eventuali informazioni. Le relazioni concerneranno le coliti: eziologia e patogenesi (rel. Oliver Pasenal e Gutiérrez Arrese di Madrid); diagnosi clinica e trattamento medico (rel. Gimeno Márquez di Valenza); trattamento chirurgico (García Peláez di Madrid).

Corsi internazionali di perfezionamento.

Avranno luogo a Berlino, sotto gli auspici della Facoltà medica, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa Imperatrice Federico.

Durante l'autunno si svolgeranno i seguenti corsi: internazionale di medicina interna (17-29 ottobre; onorario 75 marchi); sulla tubercolosi (10-15 ott.; onorario 50 marchi); per medici pratici: progressi nei campi della medicina, all'Ospedale municipale « Rudolf Virchow » (10-15 ott.; onorario 40 marchi); di urologia (3-8 ott.; onorario 100 marchi); di psicologia e psicoterapia medica (17-22 ott.; onorario 50 marchi); chirurgia delle malattie intratoraciche con riguardo alla tubercolosi polmonare (17-21 ott.; onorario 80 marchi); tecnica amministrativa degli Ospedali minori.

Corsi singoli in tutti i campi della medicina, con attività pratica, si tengono ogni mese.

Nella primavera 1933 avranno luogo corsi di medicina, di oculistica, di chirurgia, di radiologia sulle malattie cutanee e organi genitali, sulle malattie del bambino.

L'ufficio dei corsi è nella « Kaiserin Friedrich-Haus », Robert Koch-Platz 2-4, Berlin NW 7.

Riforma degli studi medici a Buenos Aires.

La Facoltà medica dell'Università di Buenos Aires ha adottato una riforma degli studi, che è andata in vigore a partire dal 16 marzo, cioè alla riapertura dei corsi. Per l'esame d'ammissione è ora stabilita la conoscenza di almeno due lingue moderne, e cioè inglese e tedesco, ovvero francese e italiano, anzichè del solo francese, come era prima; tale conoscenza s'intende come capacità a tradurre dalle lingue suddette. La durata complessiva del corso viene portata da 6 a 7 anni, quale era prima del 1918; a questo riguardo la relazione per la riforma faceva osservare che solo il 30 % degli studenti finiva il corso in 6 anni. Ai semestri scolastici vengono sostituiti gli anni scolastici, con due sole sessioni d'esame, a dicembre ed a marzo. Il programma, oltre le materie comuni a tutte le Facoltà mediche, comprende: biochimica, biofisica, microbiologia, parassitologia, terapia fisica, roentgenologia, urologia e ortopedia; l'igiene è all'ultimo anno.

Conferenze sulla documentazione grafica nelle discipline mediche.

Il dott. Charles Claoué e il sig. Jean Painlevé terranno una serie di conferenze con dimostrazioni pratiche, dal 10 al 15 ottobre, allo scopo di fissare la metodica indispensabile per ottenere una buona documentazione fotografica nelle scienze mediche in generale, particolarmente in oto-rino-laringologia, chirurgia plastica ed estetica. Vi saranno comprese la cinematografia, la radiografia ecc. Verranno illustrati procedimenti personali. Per informazioni rivolgersi al dott. Claoué, rue Singer 1, Paris (16e).

Per l'Ospedale di Brindisi.

È stato recentemente approvato dalla Giunta Provinciale Amministrativa di Brindisi la contrattazione, da parte dell'Amministrazione Provinciale, di un mutuo di L. 4.300.000 per la costruzione dell'Ospedale « Agostino di Summa » su cui ha già espresso parere favorevole il Consiglio Sanitario.

Un ospedale militare a Gorizia.

Il ministro della Guerra, in applicazione al R. decreto 19 maggio 1932, tenuti presenti i bisogni della Divisione militare di Gorizia, ha disposto che l'infermeria presidiaria di Gorizia venga trasformata in ospedale militare, assumendo tutte le attribuzioni proprie di uno stabilimento di tale categoria.

Il provvedimento è stato attuato col 1° luglio.

Elargizioni.

La Società Italiana Pirelli, nella ricorrenza del 60° anniversario della propria fondazione, ha elargito 300.000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano e Case pie annesse.

Per la lotta contro il cancro a Napoli.

Un'« Opera Assistenziale per il cancro della donna » è stata costituita in una riunione di sanitari e di filantropiche signore tenutasi a Napoli. L'Opera sorge con carattere assoluto di beneficenza, ha scopo sociale e scientifico e si propone di combattere il terribile flagello con tutti i mezzi clinici e di laboratorio specie nei casi iniziali.

I presenti alla riunione, dopo una chiara esposizione delle finalità dell'Opera, fatta dal prof. Stefano delle Chiaje, docente di Clinica ostetrica e ginecologica e ideatore della nuova Istituzione, ha proceduto alla discussione dello Statuto e alla nomina del Consiglio direttivo e del Corpo sanitario.

Il Consiglio direttivo è risultato composto di elette signore.

Il Corpo sanitario è stato nominato nelle persone del prof. Stefano Delle Chiaje, quale presidente, del prof. Giuseppe D'Arrigo, per la Sezione istologica e del prof. Ferruccio Valerio, per la Sezione sierologica. Il Corpo sanitario sarà completato con la presenza di un radiologo.

Alla fine della importante riunione, sono stati spediti, tra le entusiastiche, generali acclamazioni, telegrammi al Duce e al Papa.

Per le stazioni di cura e di soggiorno.

Un decreto del Ministero degli Interni stabilisce quanto appresso:

1) Sono riconosciuti a ogni conseguente effetto le caratteristiche di cui all'art. 1° del R. decreto-legge 15 aprile 1926 alla parte del territorio del Comune di Castel San Pietro Emilia e precisamente a quella nella quale si trovano due sorgenti di acque minerali, una solforosa e l'altra salso-iodica, delimitata da apposita planimetria, nonchè al territorio litoraneo del comune di Camaiore, delimitato dalla planimetria allegata alla deliberazione 18 maggio scorso.

2) Le aziende autonome delle stazioni di soggiorno di Viareggio, Forte de' Marmi e Pietrasanta sono unificate nell'azienda autonoma della Riviera della Versilia, alla quale resta aggregato

il territorio del comune di Camaiore, di cui al precedente n. 1.

3) È autorizzata nel territorio della stazione di cura, soggiorno e turismo di Acireale l'applicazione delle speciali contribuzioni a carico di coloro che si giovino degli svaghi e dei trattenimenti della stazione stessa. La misura di detta contribuzione non potrà eccedere la metà della tariffa massima fissata dall'art. 20 del R. decreto 12 agosto 1926, n. 1615.

L'azione del Regime per la difesa della maternità.

Alcune cifre di questi ultimi anni e mesi rivelano la progressiva diminuzione del numero dei partoriti morti in Italia, fenomeno che sta ad attestare l'efficienza dell'azione iniziata dal Regime per la protezione della maternità e della natalità.

Negli anni prebellici i partoriti morti furono 48.723 nel 1913 e 49.501 nel 1914. Questa cifra non subì variazioni apprezzabili nei primi anni postbellici. Infatti i partoriti morti furono ancora 48.794 nel 1924 e 48.117 nel 1925.

Dopo quest'anno, in applicazione della politica di protezione demografica impostata dal Duce col noto discorso dell'Ascensione, cominciano a manifestarsi gli effetti dell'azione svolta dallo Stato. Nel 1927 i partoriti morti discendono a 41.899, nel 1928 a 38.730, nel 1929 a 38.239, nel 1930 a 41.234 (cifra questa che indica un aumento, che deve essere collegato alla grave epidemia influenzale), nel 1931 a 37.059. Le cifre che si hanno per i primi cinque mesi di quest'anno confermano la progressiva diminuzione dei partoriti morti, i quali sono stati 3271 nel gennaio contro 3788 nel gennaio 1931; 3322 in febbraio, contro 2523; 3009 nel marzo, contro 3425; 2870 in aprile, contro 3097; e 2855 in maggio, contro 3029.

Difesa dell'infanzia nel Belgio.

L'« Œuvre Nationale de l'Enfance » del Belgio ha tenuto il suo 8° convegno a Dinant il 18 giugno. Dalla relazione generale del sig. Velghe si desume che nel 1931 funzionarono 1185 consultorî per lattanti; che i medici dell'Opera hanno eseguito 1.412.673 esami; che si sono assegnati sussidi per 78.044 bambini; che in 428 piccoli comuni rurali, ove l'apertura di un consultorio avrebbe importato spese sproporzionate al rendimento, le visite sono state compiute da infermiere o da levatrici che operano con la collaborazione e sotto la sorveglianza di medici; inoltre l'Opera si è assunti gli oneri di 262 consultorî prenatali, ha sussidiato 6 maternità e 60 nidi materni; 6592 fanciulli deboli sono stati inviati al mare o in campagna per un periodo trimestrale, eventualmente rinnovato; l'Opera ha partecipato alle spese di mantenimento di 17.315 bambini accolti in colonie organizzate da Comuni o da privati; ha assicurato l'istruzione di 279 ricoverati nei due istituti per anormali educabili di Rixensart e di Bierbais.

Gare d'igiene nelle scuole di Roma.

Alla presenza delle autorità politiche, sanitarie e scolastiche e dei rappresentanti dei maggiori Enti assistenziali, il 29 giugno si è svolta nell'Augusteo la consegna dei premi assegnati nelle gare d'igiene svoltesi nel decorso anno 1930-31 nelle scuole elementari del Governatorato. Erano presenti il sen. Marchiafava e il direttore dell'ufficio d'igiene prof. Pecori.

Tenne un breve discorso il comm. Moretti, per il Governatorato. Vennero distribuiti premi in danaro, cartelle di rendita, medaglie, diplomi e doni varii alle classi, agli insegnanti, agli alunni.

In onore del dott. Buizard.

La « Société des Chirurgiens » di Parigi ha offerto il 19 giugno una medaglia d'oro, unitamente alla rosetta della Legion d'Onore, al proprio segretario generale, dott. Ch. Buizard.

Alla cerimonia intervenne una folla di chirurgi; parlarono Léo, Lobligeois, Roederer, Dartigues, Massart, Baudoin, Pauchet, in nome di vari sodalizi; rispose con sobria eloquenza il festeggiato, esprimendo la sua commossa gratitudine.

A Roma, il 28 giugno, moriva nel pieno vigore della vita, il prof. dott. TEMISTOCLE LAURENTI.

Nato in terra d'Abruzzo, era venuto, ancora fanciullo, a Roma, per compiere i suoi studi. Laureatosi con onore in medicina, si dedicò alla chirurgia, sotto la guida somma di Francesco Durante. Conseguite le docenze nelle tre discipline chirurgiche, si dedicò con passione all'insegnamento; ebbe, poi, da un altro maestro, l'Alessandri, l'incarico degli esercizi di semeiotica per gli studenti del 4° anno.

Pubblicò moltissime monografie d'interesse pratico e scientifico. Preparava un lavoro di grossa mole sulla narcosi, che, purtroppo, rimarrà inedito, perchè il materiale raccolto non potè essere elaborato. Fece, invece, in tempo a ultimare per il Trattato di Chirurgia della Scuola, di prossima pubblicazione, gli articoli, a lui assegnati, sulle contratture, l'anchilosi, le malattie e la chirurgia dei muscoli e delle unghie.

Partecipò alla guerra, e come capitano medico fu direttore di vari ospedaletti da campo. Fu decorato della Croce al merito di guerra.

Consapevole dell'opera di bene che dalla sua scienza poteva venire all'umanità sofferente, egli dava la perizia della sua tecnica come un dono, a tutti, e in modo particolare agli umili e ai poveri, che impararono ad amarlo nell'Ambulatorio del Sovrano Ordine Militare di Malta, del quale era direttore. A. P.

Durante un viaggio in Italia, è morto a Torino, in età di 75 anni, il prof. CARL BENDA, noto per i suoi studi di anatomo-patologia e sulla patogenesi delle grandi sindromi endocrine. Si era giubilato nel 1920; ma aveva continuato a lavorare intensamente e ad insegnare.

È morto a 68 anni il dott. C. CHRISTY, medico coloniale inglese, compagno di lavoro di Castellani e di Low; da giovine prese parte ad una campagna contro la peste a Bombay; nel 1902, fece parte di una commissione per lo studio della malattia dei sonno nell'Africa orientale britannica; poi fu nel Congo belga, con lo stesso scopo; organizzò la lotta contro la malaria nell'Africa orientale britannica; poi diresse molte spedizioni scientifiche. Ultimamente aveva organizzato la lotta contro la schiavitù nella Liberia (Africa), richiamando sul problema l'attenzione di tutto il mondo civile.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wien. Klin. Woch., 18 mar. — E. NEUBER. Immunobiologia dell'actinomicosi. — L. KRAUL. Diagnosi ginecologica.

Clin. Med. It., feb. — L. CONDORELLI. Falsi aneurismi per rottura dell'aorta. — G. BATTISTINI. Sensibilizzazione all'insulina. — G. SANTUCCI. Studio flebografico della prova di Cardarelli-Katzenstein.

Minerva Med., 10 mar. — G. DOMINICI e G. OLIVA. Iperchetonemia provocata come prova funzionale del fegato. — E. LIVERANI. Sindromi ipoglicemiche da adrenalina negli epatici.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulla patologia pleuro-polmon.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., feb. — M. LABBÉ e al. Il fosforo del sangue in alcune affezioni epatiche. — M. EINHORN. Cardiospasmo e dilataz. dell'esofago.

Rev. Méd. de Barcelona, gen. — M. BARKIMA. L'anuria. — A. TRÍAS. Arteriografia intracranica.

Folia Med., 29 feb. — P. CASTELLINO. La gotta.

Deut. Med. Woch., 18 mar. — BAUER. Le stigmate endocrine. — SCHWARZ. L'avvelenam. cron. da benzina.

Riv. Ital. di Ginec., feb. — G. DELLEPIANE. Azione degli alcaloidi dell'oppio sulla fibra uterina. — M. FLORIS. Azione di estratti ovarici sull'attività dell'utero.

Soc. des Chir. de Paris, 5 feb. — PASTEAU. Il silenzio dei calcoli del rene. — R. MASSART. Trattamento dei postumi della coxalgia. — PÉRARD. Sincope per compressione del bulbo carotideo.

Presse Méd., 16 mar. — R. SIMON e J. WEILL. Operazioni sulla regione delle paratiroidi e reumatismo deformante.

Klin. Woch., 19 mar. — F. STROEBE. Epatopatie latenti dopo tossicosi gravidiche. — K. W. SCHULTZE. I metalli pesanti nel trattam. delle anemie.

Paris Méd., 19 mar. — Numero sul cancro.

Riforma Med., 12 mar. — C. CASSANO. Aminoacidemia alimentare e coefficiente glucosio:aminoacidi nel diabete mellito.

Spitalul, mar. — I. RADVAN. La tensione superfic. urinaria nell'ittero catarrale.

Mediz. Welt, 19 mar. — L. B. SEIFERTH. Il problema tonsillare. — G. MÜLLER. Trattam. conservativo delle emorroidi.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-mar. — G. PINTUS. Trasmissione ereditaria del tremore essenziale. — V. M. BUSCAINO. Sindromi encefalitiche e sindromi isteriche. — O. ROSSI. Permeabilità meningea.

Journal A. M. A., 5 mar. — F. L. HARTMAN e al. Opoterapia del morbo di Addison. — J. J. JOELSON e R. ZOLLINGER. Impiego dell'iopax.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmologia.

Arch. Mal. du Coeur ecc., mar. — C. LIAN e al. Polso alternante.

Rev. de Méd., feb. — A. BRÉCHOT. Peritonite da pneumococchi. — P.-E. RONCAYROL. Diatermoterapia della blenorragia.

Diagnost. e Tecn. di Labor., 25 gen. — F. P. TINOZZO. Metodo di deviaz. del complem. di Hérszfeld per la diagn. dei tumori mal.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 18 Luglio 1932 - X — Num. 29

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

CLINICA MALATTIE SUBTROPICALI E TROPICALI
R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Brevi cenni storici sulla Medicina Tropicale dai tempi antichi ai nostri giorni.

Prolusione al Corso di Clinica Subtropicale e Tropicale della R. Università di Roma

del Sen. Prof. ALDO CASTELLANI, Direttore.

Altezze Reali, Magnifico Rettore, Illustri Colleghi, Giovani Carissimi, Signore e Signori.

Nel prendere la parola per la prima volta in questo glorioso Ateneo, mio primo dovere è rivolgere i miei umili ringraziamenti a S.A.R. il Principe Ereditario per il Suo generoso interessamento alla istituzione della Clinica Tropicale; il mio devoto e grato pensiero va a S.A.R. il Duca degli Abruzzi che questa Clinica ideò e la fondazione della quale Egli rese possibile finanziariamente. La mia umile e profonda gratitudine va a S.A.R. la Principessa Elena Duchessa di Aosta, l'Augusta Signora che al cuore dolce e gentile accoppia le qualità di mente altissima, per il consiglio e l'aiuto costantemente dato nell'organizzazione di questo nuovo istituto, e per la ingente oblazione ai fondi di esso. La mia rispettosa riconoscenza va a S. A. R. Amedeo Duca di Aosta, per la sua presenza qui oggi, principe valoroso che la vita tropicale conosce per lunga esperienza, ed in pace ed in guerra.

I miei fervidi ringraziamenti vanno al Duce, l'uomo immortale che ha costruito la Nuova Italia, a nuove fortune portandola, il quale la Clinica Tropicale volle, e la cui parola spazzò via ogni difficoltà.

I miei rispettosi ringraziamenti vanno al Ministro della Educazione Nazionale, S. E. Balbino Giuliano, ed al Governo Nazionale per la legge speciale con la quale questa Cattedra fu istituita, legge basata su idee larghe e generose, permettente al primo detentore di essa di continuare gli uffici e gli insegnamenti che egli ha all'estero. I miei profondi ringraziamenti vanno a S. Magnificenza il Rettore della Università, al Preside ed ai membri tutti della Facoltà di Medicina per l'onore altissimo che mi fecero di chiamarmi a questo posto.

E grazie io rendo sinceramente a tutti coloro che generosamente contribuirono ai fondi della

Clinica: agli Augusti Oblatori che ho nominato, a S. E. il Principe Boncompagni Ludovisi di Piombino, Governatore di Roma, a S. E. Conte Volpi di Misurata, alle Grandi Banche, alle Grandi Aziende Commerciali, ai numerosi privati.

E non posso iniziare le mie lezioni senza ricordare i miei maestri cui tanto debbo, Pietro Grocco, Kruse, Sir Patrick Manson e Sir Ronald Ross; nè posso cominciare i miei corsi senza che il mio pensiero ricorra ai buoni e santi missionari che in tanti modi mi aiutarono cogli indigeni nelle regioni inospitali del Tropico. E sarei un ingrato se in questa occasione i miei sensi di riconoscenza non andassero alla memoria di un Grande Statista di una nazione tradizionalmente amica, Giuseppe Chamberlain, che molti anni fa, nel 1902, dando a me giovanissimo e sconosciuto straniero un posto ufficiale nel Servizio Coloniale Tropicale del suo paese, mi aprì la strada e mi dette i mezzi per quel lavoro di ricerca nei morbi esotici, che è stato ed è la mia vita e la mia passione.

***

Come soggetto della mia prolusione ho preso « Brevi Cenni Storici sulla Medicina Tropicale dai tempi antichi ai nostri giorni ».

Debbo fare due osservazioni preliminari: adopro il termine « Medicina Tropicale » nel senso moderno, cioè « Studio di quelle malattie che occorrono più comunemente in Climi Tropicali che nei Climi Temperati ». Se per malattie tropicali s'intendessero soltanto le malattie limitate nella loro distribuzione geografica ai tropici, non vi sarebbe ragione di fare assurgere la medicina tropicale ad una branca speciale della Scienza Medica, poichè il numero delle malattie esclusive dei tropici è quasi nullo; durante gli ultimi 30 anni è stato dimostrato che la grandissima maggioranza delle malattie che prima si reputavano limitate alla zona tropicale si riscontrano anche nei nostri climi, ed alcune vi sono anzi frequenti; basta citare la dissenteria amebica ed il kalazar.

La seconda osservazione che debbo fare è che io purtroppo non possiedo l'arte oratoria, e quindi chiedo venia ai miei ascoltatori per la forma inadorna di questa mia prima lezione e di quelle che si susseguiranno.

Altezze Reali,

La Medicina Tropicale è forse la branca dello Scibile Medico la più antica, perchè le antichissime civiltà furono in realtà tropicali e semi-tropicali: Mesopotamia, India, Egitto.

Mesopotamia. — In Mesopotamia e regioni vicine, vissero i Sumerani o popoli della pianura, e gli Accadiani o popoli dei monti. Gli uni e gli altri ebbero e svilupparono qualche cognizione di scienza, l'astronomia compresa, ma fino a poco tempo fa si credette che la loro medicina fosse molto primitiva, semplicemente un misto di magia e d'astrologia.

Nei primi tempi i loro sacerdoti furono anche medici, cercavano di curare le malattie con

FIG. 1. — Tavolette Assire contenenti ricette di una lozione e di un unguento. La lozione sembra fosse per tingere i capelli; l'unguento conteneva zolfo e veniva raccomandato per una dermatosi, che deve essere la scabbia. (Museo Britannico).

FIG. 2. — Idoli Babilonesi, che venivano usati per tenere lontano i demoni delle malattie. (Museo Britannico).

gli esorcismi e coi filtri. La loro religione era molto simile allo Shamanismo odierno dei Siberiani e Samoiedi, e la loro lingua rimase per lungo tempo il segreto linguaggio degli esorcismi e degli incantesimi della Babilonia, della Caldea e dell'Assiria.

I Caldei distinguevano due stati morbosi: Nantar, la peste, e Ielpa, la febbre, e tre spe-

cie di medici: Chabamin o vero medico, Asapnin o teosofo, e Filiartin o stregone.

Queste erano le nostre conoscenze sulla medicina di Mesopotamia, Assiria e Caldea sino a pochi anni or sono, ma recentissimamente, grazie alla traduzione di numerose tavolette di terracotta assiriane da parte del Dott. Thompson ed altri, ci siamo accorti che durante il periodo migliore della civiltà Accladiana, vi era una vera scienza medica separata dalla magia, e grande importanza venne data specialmente a misure profilattiche per prevenire le malattie.

In queste tavolette è stata trovata una interessante corrispondenza tra il Re Esarhaddon ed il suo medico curante Arad-Nana. Il re si lamenta che il medico non capisce niente della sua malattia, e questi rispettosamente gli risponde che è completamente della opinione di S. M., cioè che non capisce niente della malattia di S. M., ma che ad ogni modo S. M. tenti un certo unguento da sfregarsi sulla nuca ogni sera dopo aver fatti certi incantesimi.

La farmacopea dei Babilonesi era abbondantissima e ricca specialmente di droghe per la cura di malattie intestinali e della pelle, e questo s'intende bene perchè tali affezioni sono specialmente frequenti in zone tropicali e subtropicali.

Cina. — La magia, l'astrologia e la demonologia dell'era primitiva dell'Accadia sono probabilmente le fonti della medicina cinese, poichè i cinesi si credono di origine Accadiana e la loro religione è piena di magia, come quella degli antichissimi Caldei nei tempi primitivi, mentre il loro Buddismo è degenerato in Shaminismo, che consiste solo in incantesimi e stregonerie. Nè la loro arte medica è molto migliore poichè le malattie anche qui si credono cagionate da demoni e mandate come punizione dei peccati commessi in una esistenza precedente, mentre il « mal occhio » qui, come altrove, è considerato come una ricca sorgente di mali.

In Cina la migliore misura preventiva è l'amuleto; l'amuleto agisce come adescamento; il demonio o spirito maligno vedendo l'amuleto lo prende per la parte del corpo che egli intendeva offendere e vi si attacca, e così soddisfa il suo mal animo su di un soggetto inanimato invece che su un organo vitale.

Pur tuttavia non mancano segni i quali indicano che di tanto in tanto, insieme a tali idee primitive, si fecero tentativi per far progredire la scienza della medicina. Per esempio vi è un catalogo di erbe che si dice datare da un tempo antichissimo, circa tremila anni avanti l'Era Volgare, e attribuito all'Imperatore Chin-nong. Vi è anche un famoso trattato in 40 volumi di Farmacologia e Clinica, scritto, sembra, verso la stessa epoca. Come tonico generale vi si raccomanda il brodo di carne umana! Certe malattie vi sono però bene studiate. Alcuni anni fa io descrissi una peculiare forma di calvizia permanente che osservai in alcuni pazienti cinesi e singalesi, e che chiamai « Tinea decalvans perstans » dovuta ad un fungo. Un autore Giapponese in un lavoro recente fa notare che tale malattia fu ben descritta clinicamente col nome di « la-li-tou » in uno dei suddetti 40 volumi circa cinquemila anni or sono, e me ne contesta perciò, e bene a ragione, la priorità.

Soltanto in tempi relativamente moderni, un serio tentativo di rinnovamento fu fatto da qualche Gesuita durante i secoli XVII e XVIII. Solo in tempi recentissimi la medicina Europea ha cominciato a diffondersi nel paese, grazie specialmente ai missionari Europei ed agli sforzi della Rockefeller Institution, che ha fondato a Pechino un ospedale magnifico ed una Scuola Medica di primo ordine.

India. — Nell'India vi sono segni dell'esistenza di popoli in mezzo ai quali, in un'epoca lontanissima, si avanzò dal nord-ovest una razza superiore. Tale razza è spesso ricordata come il ceppo Ariano. La sua prima letteratura apparisce sotto forma di inni e di canzoni e questi sono riuniti in ciò che si chiama il « Rig-Veda ».

Più tardi altri tre libri, chiamati Samaveda, Ayurveda e Atharvaveda, furono aggiunti a quello e formarono così i quattro Veda. La parola « Veda » si crede sia derivata dalla stessa radice del latino « videre ». I Veda furono creduti ispirati dalla Divinità e perciò rappresentavano la sapienza di Dio.

Gli Ayurveda, o lavori di medicina interna, si credevano scritti direttamente da Brahma.

La chirurgia secondo la mitologia indiana è pure di origine divina, discende da Indra e fu da lui insegnata a Dhanvantari, un maestro della scuola leggendaria di Benares. Il suo scolaro Susruta scrisse un compendio che tratta principalmente di questioni chirurgiche. La maggior parte dei capitoli di medicina sembra furono aggiunti, verso il secondo secolo dell'era volgare, da uno scrittore ignoto ed il risultato fu il Susruta-Samhità, come oggi è conosciuto.

Susruta ascriveva le febbri alle punture delle zanzare. Alcuni dei suoi aforismi sulla necessità della educazione scientifica dei medici e sulle relazioni fra medico e paziente sono degni di essere citati. Per esempio egli scrive: « Un medico che empiricamente è esperto nella propria arte, ma deficiente nella cognizione delle scienze su cui quest'arte si basa, è condannato da tutti i buoni come un ciarlatano e merita la punizione capitale dalle mani del re ». E l'altro: « Un malato può non avere fiducia nei propri parenti, ma deve avere completa fiducia nel suo medico e porre la vita nelle mani di lui senza timore del minimo danno, perchè il medico proteggerà il proprio

malato come se fosse il figlio da lui generato ».

Un terzo sistema di medicina fu svolto da Vagbhata, il maggiore, il quale probabilmente visse nel settimo secolo dopo Cristo, e che conobbe Charaka-Samhità ed il Susruta-Samhità. Il suo lavoro fu chiamato « Astanga-Samhità » o il sommario della scienza di otto parti: medicina interna, malattie esterne, chirurgia superiore, chirurgia minore, demonologia, tossicologia, tonici, afrodisiaci.

Non vi è dubbio che i medici indiani furono molto versati nella medicina, chirurgia e nell'ostetricia, come pure nella igiene e prevenzione delle malattie. Sembra che essi conoscessero il diabete mellito, la dissenteria, la tubercolosi, la sifilide, le malattie dovute ai vermi. Nell'investigazione dell'ammalato ponevano grande attenzione all'esame del polso, alla temperatura del corpo, al colore della pelle, all'aspetto delle orine e delle feci.

In riguardo al trattamento, dividevano le malattie in due gruppi: incurabili che essi ricusavano di trattare, e curabili per le quali adoperavano una copiosa materia medica.

Ceylon. — Ospedali furono fondati da Principi Buddisti in India e Ceylon. Infatti vi è notizia di un ospedale eretto a Aranajapura, l'antica capitale di Ceylon, nel quinto secolo A. C. e molti altri furono poi istituiti in altre parti dell'isola; anzi fu stabilito un vero servizio medico sanitario con un medico ogni dieci villaggi. Inoltre sorsero filantropici ricoveri per gli zoppi, i deformi ed i ciechi. Vi è la tradizione anche che uno dei re Singalesi fosse lui stesso medico.

FIG. 3. — I danzatori del diavolo. Al Ceylon ed in India vengono chiamati in casi disperati per scacciare dal corpo del paziente lo spirito maligno che produce la malattia.

Sotto l'influenza però della invasione dei Tamils, e con l'introduzione di nuove religioni, la divisione di caste divenne molto rigida ed i Bramini, temendo di toccare il sangue, escrezioni e secrezioni dei malati come cosa impura, abbandonarono lo studio della medicina alle caste più basse, per cui essa andò man mano degradando finchè furono chiusi perfino gli ospedali e la medicina indiana cadde in posizione bassissima, divenne solo un conglomerato di superstizioni che tutt'ora sussistono.

Nel Ceylon per esempio, dove fui assai tempo, le pestilenze sono considerate come dovute alla congiunzione di vari pianeti. Se i pianeti sono contrari, preghiere rivolte alla Dea Pattini possono allontanare la pestilenza. Prima di somministrare qualsiasi medicinale, devesi esattamente accertare la posizione del « Balawa » o segno vitale, il quale si muove ritmicamente lungo il corpo in regolari successioni e trovasi in diverse parti secondo le diverse fasi della luna. È dannoso per il malato il contatto con persona impura, che può attuare in esso un « killa » cioè a dire qualche cosa che acutizza la gravità della malattia. Ogni malattia è dovuta ad un demonio o spirito maligno. Da tempo immemorabile il metodo che ha più proseliti per cacciare via lo spirito maligno è quello di ingaggiare i cosidetti « danzatori del diavolo » (devil-dancers), i quali vanno davanti alla casa del malato e per ore ed ore saltano, danzano, si contorcono in mille modi, e schiamazzano, accompagnati da una musica davvero infernale di tomtom o tamburi indigeni; tutto ciò allo scopo di atterrire lo spirito maligno e fargli abbandonare il corpo del malato.

En passant posso dire che per gli indigeni del Ceylon, l'onore più alto che mi fu mai conferito fu che una volta fui chiamato a vedere un malato, un importante capo indigeno, dopo che per ore ed ore i danzatori del diavolo non erano riusciti a far fuggire lo spirito maligno dal suo corpo. Per fortuna poche ore dopo la mia visita ciò apparentemente avvenne: il malato guarì; si trattava di una perniciosa cerebrale ed il chinino datogli da me produsse il miracolo.

Egitto. — Il più antico medico di cui abbiamo notizie è Imhotep. Egli fu oltre che medico grande architetto, avendo costruito una delle piramidi, e fu primo ministro del Re Zoser (circa 2980 a. C.). Il suo nome divenne leggendario e gli furono dati attributi divini.

Alcune notizie di altri medici antichissimi sono state trovate in tombe. In una tomba di circa 2730 anni a. C. fu trovata scolpita una iscrizione in cui il re Sahura (5ª dinastia) esprime la sua gratitudine al medico sacerdote N-enekh Sekhmet per averlo guarito di una malattia del naso.

Ma le nostre cognizioni sulla Medicina Egiziana derivano principalmente da quattro papiri: il cosidetto Papiro Edwin Smith di circa 1600 anni a. C., l'Ebers di circa 1500 anni a. C., il Hearst di circa 1400 anni a. C., ed il cosidetto Berlino N. 3.038. Dal lato medico i più importanti di questi quattro papiri sono l'Ebers, tradotto da una cinquantina d'anni, e l'Edwin Smith, tradotto soltanto due anni

or sono dal Prof. J. H. Breasted. Quest'ultimo papiro può considerarsi in realtà un trattato di chirurgia. È interessante notare che per la cura di contusioni ed ecchimosi della faccia si raccomandava l'applicazione di fette di carne cruda — un trattamento che viene anche adesso seguito nella medicina famigliare.

Gli Egiziani possedevano una farmacopea abbondantissima, con medicamenti di origine vegetale, animale e minerale; parecchi dei loro medicamenti vengono usati ancora, ad esempio la mirra, l'aloe, il solfato di zinco, la menta, la corteccia del pomogranato, che veniva usata per espellere i vermi, l'antimonio, che veniva adoprato principalmente per uso esterno ed imbellire gli occhi femminili.

FIG. 4 — Imhobep. Il più antico medico Egiziano, il quale fu deificato.

Nel Papiro Ebers vi è un intero capitolo sull'olio di ricino; veniva usato internamente come adesso per disturbi intestinali, ed esternamente nella cura di ulceri e dermatiti. Nel Papiro si raccomanda vivamente ad ogni donna di ungersi la testa con dell'olio di ricino ogni sera per rendere la capigliatura più abbondante e più lucente.

Riguardo alla pratica ed alla consulenza medica, da prima furono i sacerdoti che la professarono, ma poi una classe di professionisti medici sorse completamente separata dalla classe sacerdotale; incantazioni ed amuleti però restarono e fecero parte importante nell'armamentario terapeutico di ogni sanitario. Vi fu grande tendenza alla specializzazione e super-specializzazione. Erodoto, 5° secolo a. C. nel Libro II. cap. 84 dice: « In Egitto i medici sono numerosissimi ed ogni medico cura una una sola malattia ». Erodoto racconta anche che gli Egiziani della campagna avevano l'abitudine la notte di salire in delle torri e dormirvi, perchè le zanzare, numerosissime, non ascendevano a quella altezza. Sembra che nelle regioni paludose si usassero anche vere e proprie zanzariere. Erodoto poi anche racconta che per tenersi in buona salute gli Egiziani delle classi alte avevano l'abitudine di prendere delle abbondanti irrigazioni intestinali tre giorni consecutivi ogni mese; non sorridiamo a questo uso: è ritornato di moda recentemente in molte capitali moderne col nome di « Lavaggio colonico », con nurses specialmente trenate nel dare tale trattamento preventivo di ogni male. *Nihil sub sole novi.*

Riguardo ai morbi dell'antico Egitto, è interessante il notare che la Patologia di allora fu pressocchè identica a quella dell'Egitto attuale, come si può riscontrare dalle notizie che si trovano nei papiri e, cosa molto più importante, dagli studi anatomici ed istopatologici fatti su mummie antichissime da Elliot Smith, Ruffer, F. Wood Jones.

L'ematuria endemica, l'urina sanguinolente dovuta al verme Bilharzia Haematobia, era comune allora come adesso. Nel Papiro Ebers vi sono molte prescrizioni per essa. Nello stesso papiro vi è anche una descrizione di una malattia caratterizzata da profonda anemia dovuta al verme « Helu » forse l'anchilostoma. La malaria era frequente; la iscrizione nel famoso tempio di Denderack si riferisce con tutta probabilità a questa malattia.

Le malattie degli occhi erano comunissime, ed infinite ricette per tali affezioni si trovano in vari papiri. Come ognuno sa, le malattie oculari sono anche adesso estremamente frequenti in Egitto.

Medicina ebraica. — Nella Bibbia vi sono molti passaggi di interesse tropicale. Nel primo libro di Samuele, cap. V, si descrive una epidemia caratterizzata dalla presenza di « emerods » o bubboni; certamente la peste bubbonica. E l'epidemia di serpentelli che protrudono ed escono dalla pelle dei malati nel libro dei Numeri si riferisce con certezza alla *Filaria medinensis*. Sulla malattia denominata « Seraat » nel 13° capitolo di Leviticus, che afflisse gli israeliti dopo l'esodo, vi è una discussione. Alcuni commentatori ritengono che sia la vera lebbra, altri la framboesia.

Importanti e pratiche sono le norme Mosaiche di Igiene per coloro che vivono in paesi tropicali e subtropicali; ad esempio l'astenersi dalle carni suine.

La medicina minoica e la medicina greca. — Per semplicità di esposizione è vantaggioso dare al termine « Medicina Greca » un senso geografico e storico latissimo, includente Creta, le isole dell'Egeo e più tardi le colonie Greche della Sicilia e dell'Italia Meridionale. Intesa così si possono distinguere in essa quattro periodi: 1) Il periodo della civiltà Minoica — la ci-

viltà di Creta ed altre isole dell'Egeo — periodo quasi preistorico, che iniziò verso il 3400 a. C. quando le genti Achee completarono l'invasione delle isole Egee e di Creta e quando Troia cadde. 2) Il periodo Preippocratico: 7° e 6° secolo avanti l'Era Volgare. 3) Il periodo Ippocratico 5° secolo. 4) Il periodo postippocratico.

Il 1° periodo, civiltà Minoica, è interessantissimo. Purtroppo le iscrizioni cretesi non sono state ancora decifrate, ma gli scavi hanno dimostrato che la Scienza Medica era molto progredita, e certamente lo era la Igiene. Nelle città l'acqua era abbondante e la tubatura ed i bagni eccellenti; gli scavi di Knossos hanno addimostrato ad esempio la esistenza di « Water Closets » modernissimi.

Periodo preippocratico. — Tra il periodo minoico ed il periodo preippocratico vi è un Hiatus di parecchi secoli di cui sappiamo si può dire niente. Nei poemi di Omero però vi sono molte allusioni a soggetti medici; tantochè alcuni commentatori hanno considerato che Omero era un medico, anzi un medico militare. Ma a quante vicende Omero è stato assoggettato dai suoi commentatori: tre decadi or sono ci si insegnava che la severa critica scientifica aveva completamente dimostrato che egli non era mai esistito!

FIG. 5. — Monete coniate nel 480 a. C. in onore di Empedocle per avere liberato la città di Selenos dalla malaria.

Verso la fine del 7° secolo sorse a Cnidus, Asia Minore, la prima scuola medica, e poco più tardi sorse la grande rivale di essa a Cos. Alla fine del 6° secolo fu fondata in Magna Grecia la famosa scuola di Cotrone da Pythagora di Samos. Ad essa appartenne Empedocle, filosofo, naturalista e medico. Empedocle fu grande specialmente come Igienista. Nell'anno 480 a. C. una terribile epidemia di malaria fece strage nella città di Selenos; la città invocò ed ottenne l'aiuto di Empedocle; egli per mezzo di rapidi lavori di bonifica e di drenaggio delle acque intorno all'abitato fece completamente cessare tale epidemia. In segno di riconoscenza delle monete furono coniate in suo onore.

Nel periodo Preippocratico, e del resto anche molto più tardi, ebbero gran voga i trattamenti curativi che venivano fatti in templi dedicati ad Asklepiade, Esculapio dei Latini. Questi templi probabilmente cominciarono ad essere eretti nell'ottavo secolo a C. Asklepiade o Esculapio fu un capo della Tessalia che prese parte alla guerra di Troia, ed Omero nomina i suoi due figli come due abili medici. Circa il 770 a. C. il poeta Greco, Arctinus, dà a Asklepiade attributi divini, e da quel tempo si iniziò il culto popolare per lui.

In questi templi il paziente veniva fatto dormire nell'*Abaton*, una lunga camerata o terrazza coperta. I sacerdoti la sera conducevano dei riti speciali dando sembra al malato degli stupefacenti. Durante il sonno il Dio Esculapio si approssimava al paziente e lo guariva o gli dava delle istruzioni utili per il trattamento curativo.

Periodo Ippocratico. — Ippocrate, il Padre della Medicina, nacque a Cos circa 400 anni a. C. e fu studente e poi insegnò nella Scuola di Cos. Benchè arrivasse a fama incredibile, ancora vivente, poco sappiamo sulla sua vita privata; morì in tarda età, alcuni dicono a 85 anni, altri all'età di 109 anni. È probabile abbia visitato Atene.

FIG. 6. — Medico Greco del Periodo Ippocratico, che fa l'esame clinico di una piccola paziente. (Wellcome Historical Museum).

Con Ippocrate può dirsi nacque la Clinica. Tenne in grande conto l'osservazione accurata del malato e dette delle descrizioni classiche di alcuni sintomi e sindromi. Chi non ricorda la sua meravigliosa descrizione dell'espressione facciale del malato prossimo a morte, la facies Ippocratica? Nella terapeutica fu parco nel dare medicinali e dette la massima importanza alla *vis medicatrix naturae*.

Per quanto riguarda le malattie tropicali, rammentiamo che egli descrisse magistralmente la febbre malarica terzana e quartana, e descrisse pure la febbre ricorrente; si occupò anche di climatologia e geografia medica, dando grande importanza all'azione dei vari climi sulla salute degli abitanti e sulle caratteristiche delle razze.

Alcuni suoi aforismi sono esatti adesso, come erano duemilacinquecento anni fa. Eccone

due: « Durante la crisi di una grave malattia o subito dopo, non disturbare il paziente con purghe ed altri trattamenti attivi; lascia il paziente in pace ». « Quando il paziente sputa sangue spumoso, il sangue viene dai polmoni ».

Tutti poi conoscono il giuramento ippocratico che viene ancora fatto dagli studenti di alcune scuole mediche.

Sul periodo *Postippocratico* non vi è tempo di occuparci, ma basta il dire che la scienza medica deteriorò gradatamente. Il grande filosofo Aristotile nel 4° secolo si occupò con profondità delle scienze che sono le basi della medicina moderna: Botanica, Anatomia Comparata, Embriologia, e Fisiologia. Poi vennero i filosofi Empirici, Dogmatici, Ecclettici e tanti altri, alcuni dei quali furono medici.

Tra i dogmatici è da citarsi Diocles, il quale per il primo, bene a ragione, affermò che la febbre non è una malattia ma un sintomo.

Medicina Romana. — Durante i primi secoli di Roma la medicina fu primitiva. Negli austeri tempi repubblicani il paterfamilias era spesso anche il medico della famiglia e degli schiavi; si accontentava generalmente di dare delle semplici erbe. L'arte medica fu portata a Roma dai medici greci, i quali incontrarono all'inizio grande opposizione. Catone tuonò contro i medici greci; egli teneva in buona salute la famiglia e gli schiavi dando abbondanza di cavolo. Per lui il cavolo (Brassica) era una panacea: il cavolo contiene assai vitamina C e probabilmente preveniva lo scorbuto d'inverno quando gli schiavi avevano come cibo cereali secchi e nessun legume fresco.

Fig. 7. — Strumenti chirurgici romani.

Nel primo secolo a. C. divenne famoso il medico Asclepiades di Bythinia, il quale si stabilì a Roma verso il 90 a. C. Divenne amico di Cicerone. È considerato da molti come il vero introduttore dell'arte medica Greca in Roma; però non seguiva la dottrina ippocratica di « lasciar fare alla Natura il più possibile ».

Se i romani nei primi tempi non dettero molta importanza alla Medicina Clinica, sempre ne dettero moltissima sino dai tempi più remoti all'Igiene. Le basi della loro igiene furono: Buona Fognatura — basta ricordare la Cloaca Massima — ed acqua pura ed abbondante — basta ricordare i numerosi acquedotti.

Queste sono pure le basi della Igiene Moderna.

Nella letteratura medica romana del tempo di Augusto primeggiò Aulus Cornelius Celsus (25 a. C.-47 d. C.) benchè con molta probabilità, egli non fu un medico praticante ma un compilatore.

Il medico più famoso durante l'impero fu Claudio Galeno. Esso nacque a Pergamo A. D. 131, in Asia Minore, un centro ben conosciuto di studi medici e possedente una meravigliosa biblioteca, seconda solo a quella di Alessandria. Galeno venne a Roma nel 162. In numerosi trattati, 500, di cui 81 sono conservati, esso sistematizzò la medicina e terapeutica dei suoi tempi, e la sua sistematizzazione venne poi accettata per secoli. Nei suoi metodi terapeutici vi è molto di buono: per esempio, il trattamento delle febbri con bagni tepidi; ma il suo armamentario di medicamenti e ricette fu davvero colossale. Egli soleva dire « Populus remedia cupit ».

Fig. 8. — Medico Romano, del Periodo dell'Impero, col suo Armadio Farmaceutico.

Alla fine dell'era repubblicana e durante l'Impero esisterono eccellenti ospedali e « Valetudinaria ». L'organizzazione medica nell'esercito fu perfetta. Grandiosi ospedali militari furono costruiti alle frontiere; uno famoso era a Novaesium sulla strada di Colonia; fu costruito da Tiberio. Rovine di altri grandi ospe-

dali militari sono state trovate in Spagna ed altrove.

Dopo Galeno la medicina romana decadde rapidamente e si incontrano nomi di compilatori soltanto, tra i quali primeggia Oribasio, medico di Giuliano l'Apostata. Nell'Impero di Oriente si trovano soltanto compilatori, tra i quali è sufficiente nominare il Bizantino Aetius che compilò il « Tetrabiblos » verso la metà del 6° secolo; il suo contemporaneo alla corte di Bisanzio, Alessandro di Tralles scrisse dodici tomi su soggetti medici; alcune parti di quest'opera hanno un certo valore, ma vi si trovano delle prescrizioni molto originali. Ad esempio per la cura della febbre quartana si raccomanda di prendere una certa varietà di scarafaggio, involtarlo delicatamente in un pezzo di panno rosso e con un filo attaccare questo piccolo involto al collo del malato.

La medicina araba. — Pochi secoli dopo la caduta dell'Impero Romano si ebbe una rifioritura delle scienze mediche ma non nel Mondo Cristiano, bensì nelle contrade dell'Asia, Africa ed Europa sotto la dominazione Araba.

La medicina araba fiorì principalmente tra il 900 ed il 1200. Il più famoso medico arabo fu Avicenna, il quale nacque a Bokhara nel 980. Dai suoi connazionali fu chiamato il « Principe dei Medici », ma fu anche astronomo, poeta e filosofo. Il suo Trattato di Medicina « Qanun fil Tebb » fu tenuto in pregio per secoli, ed è interessante il notare che era ancora il libro di testo principale alla Scuola Medica di Montpellier nel 1650, cioè in tempi relativamente moderni. Egli si occupò molto di malattie tropicali, specialmente della lebbra e dell'elefantiasi. Descrisse minutamente anche una malattia che egli chiamò « Safat » e che è probabilmente la Framboesia.

Albucasis di Cordova scrisse un buon trattato di Chirurgia. Averroes, nato nel 1120, fu Vicerè di Cordova e l'ultimo dei grandi medici arabi.

Agli arabi, oltre che molte conoscenze cliniche, dobbiamo anche in gran parte l'arte pratica farmaceutica moderna. In Bagdad vi furono infatti farmacie da tempi antichissimi ed i farmacisti formavano una professione separata dai medici.

Medicina medioevale europea. — Nel medio evo la medicina decadde, ma non si dimentichi che vi furono centri di studio famosi: basta rammentare la Scuola di Salerno, la quale fiorì principalmente tra il 9° ed il 12° secolo. Il nome della Scuola Medica fu « Almum et Hippocraticum Medicorum Collegium ».

Salerno divenne conosciuta quale « Civitas Hippocratica » - la Città Ippocratica. Verso la fine dell'11° secolo apparve un trattatello in cui venivano dati in modo popolare e sotto forma di aforismi ed in versi gli insegnamenti di questa scuola. Questa opera col titolo « Regimen sanitatis » divenne conosciuta in tutto il mondo.

Ecco uno degli aforismi: « Si tibi Deficiant Medici Tibi Fiant Haec tria: mens laeta, requies, moderata dieta ». « Se non vuoi avere che fare con medici, prendi come medici questi tre: Umore contento, Riposo, Dieta moderata ». La scuola di Salerno non approvava molto la siesta nel pomeriggio: « Fa soltanto una breve siesta, o meglio ancora nessuna; chi soccombe al desiderio di dormire nel mezzo del giorno si sveglia colla testa dolente e la sua mente rimane instupidita ».

Circa il 1100 apparve, scritto da Archimathaeus di Salerno, una specie di guida per il giovane medico col titolo « De Adventu Medici » (La Visita Professionale del Dottore), in cui vi è un misto di saggi consigli pratici con piccole furberiole, indegne di medici. Eccone un breve estratto in traduzione libera: « Quando sei chiamato a vedere un paziente e vai verso la casa col servitore che egli ha mandato a prenderti, cerca di ottenere il massimo di informazione da questo messaggero riguardo al malato e a quello che gli altri medici prima di te hanno detto. Il paziente resterà attonito alla tua profonda conoscenza del suo caso.

Tieni in mente quando gli prendi il polso che questo può essere influenzato dall'emozione nel vedere un nuovo medico; inoltre, se il paziente per caso è un avaro penserà all'onorario che ti dovrà dare, e questo pensiero renderà il polso rapido ed irregolare. Non dare sguardi ammirativi alle donne della famiglia, o alle fantesche. Ciò annebbierebbe la tua chiaroveggenza nella diagnosi e nella prognosi e l'assistenza divina ti abbandonerebbe; inoltre ciò potrebbe agitare la mente del paziente ».

« Se dopo il consulto sei invitato a pranzo dalla famiglia, non correre avanti a prendere il posto di onore a meno che ti sia offerto. E mentre sei al desinare manda di tanto in tanto qualcuno nella stanza del malato a sentire come sta, altrimenti il paziente potrebbe credere che sei assorto solo nei piaceri della tavola e che lo hai dimenticato ». E così di seguito.

Quale differenza tra la meschinità e misera furberia di queste istruzioni colla nobiltà delle regole date ai giovani medici da Susruta e da Ippocrate!

Non deve credersi però che niente di utile si sia fatto in medicina in generale ed in medicina cosidetta tropicale durante il Medio Evo. Ad esempio le severe misure contro la lebbra che allora furono prese fecero praticamente sparire tale flagello dall'Europa. Appena un individuo era considerato lebbroso veniva completamente tolto dal consorzio umano; si considerava civilmente morto e su di lui in alcune contrade la Chiesa leggeva l'ufficio dei defunti.

Egli poteva associarsi soltanto ad altre persone sofferenti della stessa malattia. Quando i lebbrosi si avvicinavano a villaggi e case dovevano annunciarsi suonando un corno o scuotendo un campanello o qualche altro strumento. Si costruirono inoltre numerosi ospedali per i lebbrosi. Queste misure, benchè alcune di esse crudeli per i poveri pazienti, furono di grande efficacia e fecero diminuire la malattia talmente in Europa che da allora in poi divenne considerata affezione esotica.

FIG. 9. — Lebbroso, col campanello per rendere noto il suo avvicinarsi.

FIG. 10. — Medico medioevale che visita un pestoso: per precauzione tiene una spugna imbevuta di aromi sotto il naso.

Di interesse anche sono le misure che si prendevano contro la peste bubbonica. La più famosa e terribile epidemia di peste fu quella che si iniziò a Messina nel 1347, portatavi da una nave genovese proveniente dal Levante. Si sparse presto per tutta l'Italia; l'orrore di essa fu ben descritto dal Boccaccio a Firenze nelle sue famose novelle. Alcune città perdettero la metà della popolazione. Dall'Italia passò nel resto di Europa; in Londra vi fece strage — Black Death — la morte nera; dicesi che più di due terzi della popolazione perì. Questa terribile epidemia portò a misure profilattiche importanti. Nel 1370 Venezia, e nel 1377 Ragusa, introdussero le quarantene con speciali lazzaretti. I medici e i loro attendenti quando andavano a visitare i pestosi si mettevano sotto il naso delle spugne inbevute di essenze. In alcune contrade portavano delle maschere, che in certo modo rassomigliavano a quelle che si adoperano adesso in paesi dove infierisce la peste polmonare, per esempio in Manciuria.

Era moderna. — Passo adesso brevissimamente all'Era Moderna. All'inizio dell'era moderna la medicina rifiorì, grazie principalmente alle nostre grandi Università.

Colombo e Vasco di Gama e poi Vespucci, Pigafetta, i due Caboto, Veraggena, e tanti altri navigatori spalancarono agli Europei le regioni dei Tropici, e medici principalmente Portoghesi e Spagnuoli iniziarono lo studio delle malattie tropicali nei paesi di origine.

De Oviedo nel 1526 pubblicò la sua famosa « Hystoria Natural de las Indias », in cui dette descrizioni esatte di tante malattie tropicali, tra le quali la framboesia. Bontius, nel 1642, pubblicò a Batavia il suo libro famoso « De Medicina Indorum ».

Da Orta, medico di Dom Marten de Sousa, governatore di Goa, viaggiò molto in India e Ceylon, e nel 1563 pubblicò un libro sulle droghe e medicamenti dell'India. Il nostro Prospero Alpino (1553-1616) medico e botanico, dopo i suoi lunghi viaggi in Oriente descrisse numerose nuove piante e droghe e trattò di parecchie malattie tropicali, quali la peste bubbonica. Uno dei suoi famosi libri fu « De Medicina Aegyptorum » pubblicato a Parigi nel 1645. — Una data memorabile nella storia della Medicina Tropicale nell'era moderna è la scoperta della corteccia di China.

Nel 1638, la Contessa di Chinchon, moglie del Vicerè del Perù, si ammalò a Lima di febbre intermittente che resistette a tutte le cure del suo medico Don Juan de Vega. Il Governatore di un distretto remoto, Don Lopez di Canizarios, aveva sentito parlare da Indiani delle virtù miracolose nelle febbri della corteccia di un certo albero; un contadino indiano glie ne portò un piccolo pacco ed egli lo spedì al medico della Contessa, il quale somministrò la corteccia in forma di infuso. La contessa guarì completamente; dopo pochi anni essa ritornò in Spagna e portò con sè e distribuì ai con-

tadini delle sue tenute presso Madrid la corteccia sotto forma di polvere, che venne conosciuta come « Pulvis Comitissae », la polvere della Contessa.

Nel 1670, Missionari Gesuiti inviarono della corteccia a Roma ed il Cardinale Lugo la fece distribuire in diversi paesi, onde il nome « Corteccia dei Gesuiti » o « Corteccia del Cardinale ».

La cura della malaria colla corteccia di China non fu accettata unanimemente dai medici Europei; vi furono anzi infinite polemiche sull'argomento se si dovevano curare le febbri malariche colla china o no.

All'inizio dello stesso secolo (XVII) una scoperta nel campo dell'Ottica e della Meccanica fu fatta, la quale ebbe importanza massima nel progresso della medicina — il Microscopio. Zacharias e Hans Jansen costruirono per primi questo strumento che doveva aprire la via alle più grandi scoperte della Scienza Medica. Già nel secolo precedente Fracastoro (1484-1553) nel suo famoso libro « De Contagione » aveva annunciato la teoria dei contagi vivi.

Nel 1656 una epidemia di peste bubbonica investì Napoli e Genova, e poi Roma. Qui un padre Gesuita, Atanasio Kircher (1602-80) affermò che per mezzo del microscopio si poteva vedere nel sangue del pestoso miriadi di parassiti viventi che egli descrisse come vermicciattoli. Probabilmente egli vide soltanto i corpuscoli rossi del sangue, ma ad ogni modo venne alla conclusione che la peste veniva causata da invisibili parissiti che si trovano nel sangue. Tra il 1675 ed il 1683 il grande Olandese Leeuwenhoek descrisse e figurò esattamente organismi appartenenti ai protozoi e batteri, e può considerarsi il precursore della Protozoologia e Batteriologia.

Nel 1665, Roberto Hooke, nel suo trattato « Micrographia » dà un'eccellente descrizione di un fungo, di un micete che produce delle macchie gialle sulle foglie di un arbusto: la rosa di Damasco, e può considerarsi l'iniziatore della Micologia, seguito presto dal grande Malpighi.

È da notarsi però che la scoperta del microscopio ebbe in realtà poca influenza sugli studi di medicina tropicale e di medicina in generale sino al XIX secolo, sino cioè ai tempi precontemporanei e contemporanei.

Alla fine del Secolo XVIII apparve un importante trattato italiano di Medicina Tropicale; fu un libro pubblicato a Livorno nel 1788 da Nicolò Fontana col titolo « Osservazioni intorno alle malattie che attaccano gli Europei nei climi caldi e nelle lunghe navigazioni ». Fontana fu medico su una nave della Lega Anseatica, una famosa Compagnia tedesca, e navigò nell'Oceano Indiano e lungo le coste dell'Africa per quasi cinque anni. L'equipaggio, di 155 uomini, consisteva di italiani e di marinai di varii paesi nordici, ed il Fontana fece interessanti studii comparativi sulla resistenza delle varie razze ai climi torridi ed ai morbi di quei climi, concludendo che gli italiani erano naturalmente più resistenti nei viaggi di lungo corso agli ultramontani perchè già usi ad un grado maggiore di caldo e perchè « meno disposti alla nera melanconia, e naturalmente giulivi e vivaci ».

Egli trattò molto bene delle febbri putrescenti, queste ultime corrispondenti con ogni probabilità al gruppo delle febbri tifoidi-paratifoidi. Dette assai accurate descrizioni della dissenteria, epatite, beriberi, colera ed altri morbi esotici. Il suo libro fu tradotto in tedesco da Stendhal nel 1790, ed in francese dal Kerandreu nel 1818.

La medicina tropicale precontemporanea e contemporanea. — È in tempi relativamente recenti che la Medicina Tropicale è assurta a specialità ed ha fatto meravigliosi progressi. Nel dare uno sguardo storico ad alcune malattie tropicali recentemente elucidate, ci farà piacere il vedere che nella investigazione di esse hanno preso parte notevole anche osservatori italiani, ed è perciò che nei moderni trattati di Patologia Esotica ricorrono frequentemente i nomi di Dubini, Sonsino, Perroncito, Bozzolo, Baccelli, Golgi, Pasquale, Celli, Grassi, Dionisi, Bignami, Bastianelli, Ascoli, Izar, Boeri, Sanarelli, Lustig, Galeotti, Cristina, Caronia, Polverini, Pianese, Gosio, Jemma, Sambon, Carini, Splendore, Galli Valerio, Testi, Pontano, Pittaluga, Franchini, Jacono, Cerruti, Peruzzi, Ghiron, Saccone, Pullè, Gelonesi, Basile, Onorato, Giordano, Marmo, Castronuovo, Croveri, Grixoni, e tanti altri, e speciale menzione devesi fare di Ettore Marchiafava, di Filippo Rho e di Umberto Gabbi.

La letteratura medica tropicale corrente è enorme e parecchi giornali e riviste sono dedicati esclusivamente a tale branca della scienza medica. Il primo giornale di Medicina Tropicale fu fondato da Cantle e Manson nel 1900, col titolo di « Journal of Tropical Medicine and Hygiene ». È ancora in esistenza ed ho l'onore di esserne il direttore. Eccellenti giornali sono stati fondati in Italia da Rho, Gabbi, Franchini, Castronuovo.

Diamo dunque un brevissimo sguardo storico ad alcune malattie esotiche studiate in tempi recenti e recentissimi.

Malattie dovute a vermi. — Ne nominerò due: Anchilostomiasi e Filariasi. Negli antichi trattati si trova spesso nominata l' « Anemia Tropicale » ed « Anemia Egiziana ». Essa non è che l'anchilostomiasi. Nel 1838 Dubini a Milano scoprì l'*Anchilostoma duodenale.*

Tre decadi dopo il Perroncito assodò che questo verme era la causa dell'Anemia dei minatori che attaccava in forma epidemica gli

operai addetti al traforo del Gottardo. Grassi e Paronia (1878) dimostrarono come la diagnosi dell'anchilostomiasi si poteva fare dalla presenza delle caratteristiche uova nelle feci.

Filariasi. — Nel 1863 Demarquay scoprì nel fluido di un idrocele di un paziente affetto da elefantiasi un vermicciattolo, l'embrione di una filaria; nel 1872 Lewis la trovò nel sangue; nel 1876 Bancroft scoprì il verme adulto (femmina). Patrick Manson in Cina, nel 1878, di-

FIG. 11. — Patrick Manson.

mostrò che questa filaria era probabilmente la causa della elefantiasi; inoltre egli scoprì che la filaria era trasmessa all'uomo dalle zanzare,

FIG. 12. — Alfonso Laveran.

scoperta memorabile che aprì la via alle future ricerche sul modo di trasmissione della malaria e della febbre gialla. Adesso ci sembra una cosa banale che gli agenti etiologici di tanti morbi vengano trasmessi da insetti, ma a quel tempo fece stupore e sembrò incredibile. Manson esercitava allora in Cina; durante un suo congedo in Europa fece una comunicazione sul verme umano portata dalla zanzara ad una ben nota società medica Londinese. Il presidente dopo aver ascoltato la comunicazione e quando il Manson lasciò la tribuna per tornare al suo posto, si rivolse a uno dei segretari e toccandosi la testa col dito gli disse « He is a bit craked ». « Manson è un po' pazzo ».

Questo ci raccontava Manson stesso quando in tarda età ci teneva le sue memorabili lezioni alla Scuola di Medicina Tropicale di Londra nel primo decennio del nostro secolo.

FIG. 13. — Camillo Golgi.

Malattie dovute a protozoi. — Notiamo soltanto la malaria, la malattia del sonno, l'Amebiasi, la Framboesia.

FIG. 14. — Ettore Marchiafava.

Nel 1881, in Algeria, un modesto medico francese, Laveran, fece una scoperta di importanza incalcolabile: scoprì il protozoo che causa la malaria. Pochi anni dopo Golgi (1886), Marchiafava e Bignami (1891) dimostrarono la pluralità di specie di tale parassita. Nel 1898, Ronald Ross in India, scoprì che la malaria ve-

niva trasmessa da una zanzara « a dapple-winged mosquito ». Grassi colla cooperazione di Bignami e Dionisi e Bastianelli in ricerche classiche completò la scoperta.

FIG. 15. — Ronald Ross.

Malattia del sonno. — Da tempo immemorabile in certe regioni dell'Africa Orientale e del Congo, infierì una malattia caratterizzata da sonnolenza, tremori ed astenia profonda, terminante sempre colla morte. I negri ebbero sempre terrore di questo morbo. In certi distretti del Congo l'imprecazione più atroce che un indigeno potesse fare ad un altro era fino a tempi recenti « N'ora nan tolo » « Possa tu morire della Malattia del Sonno ».

L'elucidazione della etiologia di questo morbo avvenne a tappe, come è stato il caso nella elucidazione di tanti altri morbi tropicali. La tappa più importante fu la seguente:

Nel 1901 e 1902 una epidemia terribile di malattia del sonno infierì in Uganda; il Governo Britannico vi inviò una Commissione composta del dott. Giorgio Low come parassitologo, del dott. Cuthbert Christy come epidemiologo, e di me come batteriologo. Uno dei compiti della Commissione era di confermare o no la teoria del Manson, secondo la quale la malattia era dovuta ad un verme, la *Filaria perstans*. Low e Christy nei loro importanti studi trovarono che la distribuzione geografica della *Filaria perstans* e della Malattia del Sonno non collimavano, inoltre trovarono che nelle zone ove la filaria e la malattia del sonno coesistevano, la filaria si osservava anche in molti individui che non avevano alcun sintoma di malattia. Ben presto i miei due colleghi ed amici dovettero assentarsi e rimasi solo a condurre la investigazione etiologica del morbo al Laboratorio Centrale di Entebbe, la capitale dell'Uganda.

Dopo aver brancolato nelle tenebre e nei dubbi — pensai dapprima ad una possibile origine streptococcica del morbo — un giorno mi venne il desiderio di studiare il liquido cerebrospinale in malati viventi invece che all'autopsia; all'autopsia vi era sempre una infezione streptococcica. Scelsi un caso tipico ma non tanto avanzato, feci una puntura lombare e quale fu la mia meraviglia nell'osservare nel centrifugato del liquido cerebrospinale dei tripanosomi. Avendoli poi trovati nel liquido cerebrospinale di altri casi, e qualche volta nel sangue, venni alla conclusione — che pubblicai — che il tripanosoma era probabilmente l'agente etiologico del morbo. Le mie osservazioni furono confermate da Bruce e Nabarro, i quali non solo confermarono ed ampliarono le mie ricerche, ma dimostrarono che il parassita era portato da una mosca tse-tse *Glossina palpalis*, come avevo suggerito io stesso e come fu subito suggerito appena la mia scoperta fu conosciuta, dal Brumpt e dal Sambon.

Klein dimostrò che il tripanosoma aveva un vero ciclo di sviluppo nella mosca.

Le ricerche sulla malattia del sonno sono state continuate e continuano con attività, e tra gli studiosi che vi hanno preso parte mi fa piacere nominare un mio allievo, professore Mario Peruzzi della Regia Marina.

Amebiasi. — Ecco una malattia tropicale comunissima da noi e non rara nel resto di Europa. L'ameba patogena fu per la prima volta trovata e descritta in clima nordico, a Pietroburgo, da Loesch nel 1875 in un caso di dissenteria. Di grande importanza furono i lavori sul soggetto di Kruse e del nostro Pasquale e poi di Schaudinn.

Kalazar. — Il kalazar o febbre nera, o febbre Dum-Dum, è stato conosciuto in Assam da molti anni; trent'anni fa vi furono grandi discussioni se era una malattia a sè o no. Fu considerato una forma di anchilostomiasi, e fu anche considerato di origine malarica. Nel 1900 Leishman, e nel 1903 Donovan in India scoprirono il protozoo che lo causa. Nel 1904 Laveran e Cathoire trovarono il parassita in preparati di succo splenico proveniente da un bimbo affetto dalla malattia in Tunisi. Pianese nel 1905 scoprì il parassita in casi della cosiddetta anemia infantile a Napoli, e Gabbi dimostrò la grande frequenza della malattia nell'Italia ed in tutto il bacino Mediterraneo. Gabbi sempre sostenne che il kalazar mediterraneo è identico al kalazar indiano.

Framboesia. — Questa malattia caratterizzata dalla presenza di numerosi noduli framboesiformi — indi il nome — è comunissima in molte zone tropicali e subtropicali. Il germe che la produce, che osservai quando ero a Ceylon, è una spirocheta e viene trasmesso per contatto ed anche molto spesso dalle mosche. In alcuni villaggi tropicali l'80 per 100 della popolazione soffre di questo morbo.

Malattie dovute a batteri. — Robert Koch nel 1884 scoprì il vibrione del colera, intravisto dal Pacini molti anni prima. Nel 1894 Kitasato e Yersin indipendentemente scoprirono il bacillo della peste a Hong Kong. Haffkine e poi Lustig e Galeotti, Klein, Strong ed altri, introdussero vaccini che hanno dato eccellenti risultati nella profilassi del morbo. La peste può considerarsi una malattia dei ratti che viene trasmessa all'uomo dalle pulci.

Le dissenterie e coliti batteriche sono di grande importanza pratica, e molto frequenti tra di noi. Si possono distinguere tre gruppi di bacilli principali: *a*) il Gruppo Dissenterico, *sensu stricto*, contenente una sola specie, *B. dysenteriae* scoperto da Shiga e Kruse; *b*) il secondo gruppo, Bacilli paradissenterici e pseudodissenterici, scoperti da Kruse, Flexner, Hiss-Russell; *c*) il terzo gruppo, i Bacilli metadissenterici, da me trovati.

Malattie dovute a miceti. — Le malattie tropicali dovute a funghi o miceti sono numerose; basta citare le blastomicosi, il Piede di Madura, il Tokelau, le numerose tigne.

Mi fu possibile lavorare in questo campo a lungo e di descrivere nuove micosi e nuovi miceti. Ho avuto anche la soddisfazione di trenare in questo campo dei discepoli, tra i quali Jacono in Italia e Mendelson in America.

La Micologia Medica ha fatto in tempi recenti grandi progressi, grazie a molti lavoratori: Sabouraud, Langeron, Brumpt, Ota, Pollacci, Nannizzi, Gougerot, Agostini, Redaelli, Ciferri, Bolognesi, Chiurco e tanti altri.

Malattie di carenza. — Menzionerò il Beri-Beri. Una malattia con tutti i sintomi del beriberi attaccò un esercito romano in Arabia nel 24 a. C. come si legge in Strabone e Pio Cassius. Il beri-beri si trova descritto sotto il nome di Kakkè in un libro cinese nel II secolo dell'Era Volgare. Bontius lo descrisse nel 1758-59 sotto il nome di Beri-Beri. Vi sono state infinite teorie sulla etiologia del morbo, ma da tempo immemorabile nell'estremo Oriente è stato connesso con una dieta prevalentemente di riso. In tempi moderni fu un flagello della marina giapponese, fino al 1884 quando le autorità Giapponesi fecero adottare una dieta in cui la razione del riso fu molto diminuita e si aggiunsero proteine di origine animale. Nel 1897 Eijkman notò che galline nutrite con riso brillato sviluppavano una polineurite molto simile al beri-beri. Gli studi di lui, di Fraser, di Stanton e di Funk, hanno chiaramente dimostrato che il beri-beri è dovuto ad una dieta deficiente in vitamina B; questa vitamina si trova nella parte esteriore (pericarpio) dei chicchi di riso, la quale parte è assente o quasi nel riso brillato.

La Clinica tropicale. — E ora verso la fine della mia lettura si attenderà, come è uso, dai colleghi e dagli studenti, che io accenni brevemente alle direttive che mi propongo seguire nell'insegnamento. Come in medicina generale così in medicina tropicale vi è la Patologia e la Clinica. Da noi da molto tempo sono esistite delle Cattedre di Patologia Esotica date per incarico a valenti cultori delle discipline mediche tropicali. Le prime due molti anni fa, furono date a Rho e Pasquale, e poi vennero Franchini, Pullè, Castronuovo, Gelonesi ed altri. I tempi erano maturi per il sorgere anche tra noi di un istituto di *Clinica Tropicale.*

Il Frugoni recentemente, nella sua magnifica prolusione di Clinica Medica Generale, seguendo la tradizione del di lui e mio Maestro, Pietro Grocco, insistette sul fatto che la Clinica Medica mentre utilizza tutte le scoperte delle scienze biologiche ha scopi pratici e deve rimanere pratica. Lo stesso può dirsi per la Clinica Tropicale. La Clinica Tropicale forse ancor più che la Clinica Generale si basa sulle scienze biologiche, e principalmente sulla batteriologia, la micologia, la protozoologia, la elmintologia, la dietetica pura, ma senza lo studio clinico perenne e minuzioso del malato, si rimane dei biologi, non si diviene dei clinici. Dirò quindi subito ai miei studenti che il mio insegnamento sarà essenzialmente pratico, al letto del malato, con tutti i soccorsi, s'intende, del laboratorio. È d'uopo unire non dissociare l'osservazione clinica del malato e la investigazione di laboratorio. Di più darò importanza molta all'insegnamento della terapia.

Terapia e malattie tropicali. — In Clinica Tropicale, fortunatamente, la terapia tiene un posto altissimo. L'antico insegnamento di Ippocrate di « lasciar fare alla natura il più possibile » non è da seguirsi nella nostra specialità. « Lasciar fare alla natura » in numerose malattie tropicali porta non alla guarigione, ma alla morte. Chi ha mai veduto un caso di malattia del sonno o di kalazar guarire spontaneamente? o con qualsiasi trattamento palliativo aspettante? Il medico tropicale ha una grande soddisfazione: può guarire numerose malattie che lasciate a sè porterebbero certamente alla tomba.

I medicamenti più utili e potenti nell'armamentario farmaceutico tropicale sono il chinino, la cui introduzione nella terapia ho notato poco fa, l'antimonio, l'arsenico e l'emetina. È cosa interessante il notare che la stessa droga può avere azione specifica su malattie di etiologia differentissima; l'antimonio ad esempio è specifico del kalazar, malattia dovuta ad un protozoo, e della bilharziosi, malattia dovuta ad un verme. L'antimonio sotto forma di tartaro emetico fu introdotto in terapia tropicale da Plimmer e Thompson nella tripanosomiasi sperimentale,

e da Mesnil e Brimont nella cura della malattia del sonno; nel 1913 fu introdotto da Vianna e Machado nella cura della leishmaniosi Sud Americana; da me (1914) e da Rogers (1915) nella cura del kalazar indiano, e da Cristina e Caronia (1915) nella cura del kalazar mediterraneo. Fu introdotto nella cura della bilharziosi da Mac Donagh e Christopherson.

L'arsenico in differenti forme è specifico della malattia del sonno come pure della framboesia. Il primo preparato organico di arsenico che dette buoni risultati fu l'atoxyl. Questo fu preparato da Bechamp nel 1860-63, e per la prima volta adoperato nel trattamento della malattia del sonno da Thomas e Breinl nel 1905.

L'emetina fu usata nella dissenteria amebica molti anni fa in India da medici militari inglesi. L'uso fu ripreso e posto su basi scientifiche da Vedder e Rogers. Ed in connessione colla terapia delle malattie tropicali e subtropicali, mi sia permesso dare questo ammonimento ai giovani medici coloniali ed agli studenti di Medicina Tropicale: cioè di non considerare sempre inutili e non degni di studio i medicamenti ed i metodi di cura indigeni. Nella mia lunga permanenza nei tropici, io mi convinsi che parecchie erbe e droghe adoperate dai praticanti indigeni, quali i vederallas del Ceylon, hanno rilevanti virtù terapeutiche. E del resto, molti degli specifici che possediamo sono di origine indigena: nel Brasile l'ipecacuana — donde viene estratta l'emetina — veniva data nella dissenteria secoli avanti la scoperta europea dell'America, e in Europa si morì di malaria sino a tre secoli or sono, quando la corteccia di china, medicamento indigeno, fu introdotta dal Perù. Durante gli ultimi anni abbiamo assistito agli effetti meravigliosi della dieta a base di fegato nell'anemia perniciosa; ebbene, da tempo immemorabile il fegato viene dato al Ceylon in una malattia molto simile: lo sprue.

* * *

Sono giunto al termine della mia prolusione; tutte le mie modeste forze, tutta la mia attività, tutta l'esperienza che posso avere acquistato in lunghi anni di residenza coloniale ed in lunghi anni di insegnamento in differenti scuole mediche di Europa e di America, saranno svolte a fare sì che questa Nuova Clinica non sia indegna dell'Augusto patronato sotto cui è sorta; che non porti disdoro ma possibilmente onore a questa illustre Università e a questo Centro Ospitaliero famoso; che la sua funzione non sia inutile al Paese, ma che nella sfera della sua attività porti vantaggio alla Nuova Italia, l'Italia ordinata lavoratrice e forte, l'Italia Fascista.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sezione Chirurgica dell'Ospedale G. B. Morgagni - Forlì
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI.

Appendicite acuta con peritonite in individuo con « situs viscerum inversus »

per il dott. P. EMILIANI, aiuto.

L'anomalia anatomica dell'inversione della posizione dei visceri oltre avere un alto interesse scientifico per la ancora oscura patogenesi ha anche un interesse clinico e pratico. Di fronte a un destrocardico, per esempio, nessuno può negare e ignorare che differente sarà la prognosi qualora trattasi di un fatto congenito o consecutivo a gravi lesioni toraciche.

E così questa pur rara anomalia può essere fonte di gravi errori diagnostici nelle più svariate affezioni di tutti gli organi. Da ciò scaturisce per il medico il monito di conoscere e di tenere presente l'anomalia; perchè un attento esame semeiotico è molte volte sufficiente a scoprirla e a fare una diagnosi brillante.

G. M., di anni 35, da Forlì, professione facchino. Padre morto dopo breve degenza nella Sezione Medica di questo Ospedale per broncopolmonite all'età di anni 65. Forte bevitore, era da quattro anni affetto da morbo di Parkinson.

La madre morì nel Manicomio di Imola di malattia che il paziente non sa precisare. Riferisce che era donna forte e florida. Il padre dopo la morte della moglie passò a seconde nozze ed ebbe altri quattro figli, tutti viventi e sani: non presentano anomalie di sorta.

Nato a termine da parto fisiologico, ha avuto allattamento materno, ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia, ha sempre goduta buona salute pur sottoponendosi quotidianamente a fatiche fisiche gravi dato il suo mestiere. Accusava solo leggeri trafitture all'emitorace destro e una dolenzia continua e molesta alla fossa iliaca di sinistra specie dopo i pasti copiosi. Una notte del novembre 1926 i dolori all'addome si fecero più intensi e questa volta accompagnati da vomito e modica temperatura. Un medico chiamato d'urgenza fece diagnosi generica di colica addominale, ordinando impacchi freddi. I sintomi a poco a poco diminuirono e il paziente in sette giorni lasciò il letto.

L'attuale malattia risale a tre giorni fa; verso le sei di sera fu preso da dolori violenti al quadrante inferiore sinistro dell'addome. La colica aveva la sede e i caratteri della prima; tentò anche questa volta gli impacchi ma inutilmente, i dolori si fecero sempre più forti, l'addome diventò dolente anche negli altri quadranti; comparve anche questa volta il vomito accompagnato da singhiozzo. Il medico lo inviò d'urgenza all'Ospedale colla diagnosi di: peritonite da?

Raccolta sommariamente la storia, ci accingevamo all'esame obbiettivo e precisamente alla percussione dell'area epatica quando il paziente notando la nostra meraviglia ci comunicò che un medico visitandolo due anni prima per quelle

trafitture all'emitorace destro gli aveva detto che aveva il cuore a destra anzichè a sinistra, ma che stesse di buon animo perchè tale anomalia non presentava il carattere di una infermità. Guidati allora da questa preziosa notizia proseguiamo ad un attento e completo esame obbiettivo.

Costituzione scheletrica perfetta, masse muscolari ben sviluppate, scarso pannicolo adiposo. Decubito laterale, colle coscie flesse sul bacino. All'ispezione del torace si nota subito una pulsazione al quinto spazio intercostale destro fra la linea papillare e parasternale per una estensione di circa cm. 2: l'impulso cardiaco. Nessun battito a sinistra, nella regione precordiale non sporgenze, non depressioni.

Alla percussione a sinistra in avanti, il suono è schiettamente polmonare, su tutte le linee. A destra invece nel 1° e 2° spazio il suono è polmonare; dalla mediosternale alla emiclaveare dal 2° al 5° spazio si ha prima una ottusità relativa poi assoluta che termina a livello della pulsazione notata. Ascoltando su questo punto si rilevano due toni che hanno tutti i caratteri dei toni cardiaci normali così al 2° spazio a sinistra e a destra rispettivamente per l'aorta e la polmonare.

L'esame dell'apparato respiratorio nulla mostra di anormale. Si cerca a sinistra lo spazio semilunare di Traube e si nota invece una ottusità che si estende in altezza sulla marginale sinistra, dal margine inferiore della 5ª costa per circa centimetri 7, l'ottusità si estende lateralmente e posteriormente a sinistra dai sette ai dodici centimetri, nessun dubbio dunque che trattasi della ottusità epatica trasposta. A destra sull'ascellare posteriore dal nono all'undicesimo spazio si ha suono ottuso.

Il testicolo destro più basso del sinistro; non mancinismo.

L'addome è leggermente meteorico, dolente in tutti i quadranti, specialmente in quelli inferiori di sinistra, dove anche la palpazione più superficiale provoca vivissimo dolore. Si palpa in corrispondenza di questa regione una intumescenza uniforme, pastosa che comincia a livello dell'ombellicale trasversa per perdersi nella fossa iliaca di sinistra. Alla percussione si ha smorzamento del suono; l'esplorazione rettale provoca dolore specie a sinistra dove si sente anche una pastosità. Temperatura 38°,8; polso 110.

Nella notte le condizioni si fecero più gravi: il vomito si fece biliare, il singhiozzo più insistente, il polso più frequente e alla mattina con diagnosi di *peritonite da appendicite in soggetto con « situs viscerum inversus »* si procedè all'intervento chirurgico (prof. Solieri).

Incisione pararettale sinistra, simmetrica alla Jalaguier; aperto il peritoneo parietale fuoriesce liquido puruloide. Nella fossa iliaca a sinistra si trova, dilatato e arrossato, il ceco cosparso di pseudo-membrane fibrinose; all'unione delle tenie in posizione retrocecale l'appendice è gangrenata e verso la base perforata. Si procede alla appendicectomia, alla toilette della regione e si chiude l'addome senza lasciare drenaggio previa immissione di 20 cc. di elettrargolo. Decorso postoperatorio ottimo; il paziente lasciò l'Ospedale perfettamente guarito dopo dodici giorni.

Già Aristotile aveva conoscenza dell'*eterotassia* o *situs inversus viscerum*. Ma questo fu per la prima volta osservato nel vivente con Maria de' Medici. La frequenza di questa malformazione è discreta: Martinotti dal 1669 (anno della prima osservazione) al 1880 segnala 230 casi. Non raramente passa inosservata a chi lo porta; il mancinismo a cui di solito si pensa non dà alcun lume perchè molte volte si è visto non coesistere. L'eterotassia può essere parziale (o unicamente toracica o unicamente addominale o di un segmento solo del tubo digerente) o totale e questa è la varietà più frequente. Si suddivide ancora in eterotassia fisiologica (cioè senza disturbi funzionali di sorta) e in eterotassia teratologica (con coesistenza di disturbi vari specie per malformazioni cardiache). I visceri più frequentemente trasposti isolatamente sono il cuore e il fegato. Il cuore è invertito non solo nella posizione ma anche nella funzione delle sue parti: l'aorta infatti prende origine dal ventricolo destro che è più sviluppato del sinistro e discende a destra della colonna vertebrale; l'arteria polmonare nasce dal ventricolo sinistro, nell'orecchietta sinistra va il sangue refluo dalle cave e così via. La valvola tricuspide è nel cuore sinistro, la valvola bicuspide, nel cuore destro.

Le curve elettrocardiografiche nell'eterotassia totale, specialmente nella prima derivazione sono caratteristiche, presentando esse una inversione completa, cioè tutti gli elementi della curva sono capovolti.

L'elettrocardiogramma assume nella D. I. la figura detta a specchio, « *en miroir* » dai francesi e che può essere utilizzata come criterio differenziale con le destrocardie isolate che danno in questa derivazione elettrocardiogramma normale. A che cosa è dovuta l'inversione elettrocardiografica? Waller la attribuisce all'inversione degli assi del cuore. Vaquez-Donzelot-Laubus-Lewis invece all'inversione anatomica delle cavità cardiache (il ventricolo più muscoloso più contrattile a destra e non a sinistra come di norma).

Il cuore nel *situs inversus* totale presenta spesso alterazioni: stenosi dell'arteria polmonare, comunicazione interventricolare, anomalie vasali, persistente del dotto, o consociazione di tali alterazioni ed è solo in questi casi che il *situs inversus* rappresenta una vera e propria infermità.

Negli altri casi invece non deve considerarsi una malattia e i soggetti che presentano questa conformazione possono godere il più completo benessere fisico ed esporsi alle stesse fatiche materiali degli individui normalmente sviluppati; nelle donne anzi si è notata una spiccata prolificità.

Numerose sono le teorie emesse per spiegare il meccanismo di formazione del *situs inversus viscerum*, ma nessuna riesce a dare una spiegazione del tutto convincente del modo di formazione dell'anomalia.

P. Garnot ricollega il problema dell'inversione completa dei visceri col problema generale degli assi e dei piani di simmetria. Si sa — egli dice — che nella serie degli esseri viventi e in quella dei corpi inanimati come i cristalli vi sono dei modi differenti di simmetria. Certe simmetrie si fanno attorno a un punto: tale è la simmetria radiale di certe cristallizzazione. Altre simmetrie si fanno attorno ad un asse mediano, tali per esempio le simmetrie di molti fiori. Altre simmetrie infine si fanno in rapporto ad un piano mediano: nell'uomo i muscoli e le pareti del corpo restano simili e simmetriche in rapporto a un piano mediano, si produce una differenziazione delle due parti per atrofia di certe e per sviluppo esuberante di altre.

Per Merkel l'embrione si situerebbe a destra o a sinistra della vescicola ombelicale in un periodo di tempo, che egli, e gli altri autori, non hanno saputo precisare, sicchè, se per una causa ignota, l'embrione si corica a destra, invece che a sinistra, tutti gli organi in formazione, si situerebbero inversamente; ma questa spiegazione, non è convincente. In base alla ipotesi sorta innanzi al reperto di due fegati, in alcuni mostri, o di un fegato composto, si è pensato che il bottone epatico determinasse il piano di simmetria in tutti gli organi, il che, in ogni caso, però, non varrebbe a spiegarci la destro-cardia.

Martinotti basandosi sul fatto che in condizioni normali delle due vene onfalo-mesenteriche solo la destra scompare molto presto, mentre la sinistra rimane, attribuisce a questa asimmetria lo sviluppo del fegato a destra, della milza a sinistra ecc. Nei casi, invece, in cui è la vena sinistra a scomparire mentre persiste la destra, si avrà necessariamente una trasposizione nella topografia degli organi e il fegato si svilupperà a sinistra; il cuore a destra.

Il Lochte ritiene che oltre alle vene onfalomesenteriche abbiano una grande importanza le vene ombelicali, che durante lo sviluppo embrionario subiscono la medesima involuzione delle prime e cioè mentre la destra scompare rimane solo la sinistra, nei casi di sviluppo normale. Se invece, si ha una persistenza delle vene onfalo-mesenteriche e ombelicali destre al posto ordinario delle omonime sinistre, ne conseguirà che lo sviluppo del fegato avverrà a sinistra, quello della milza a destra, il cuore sarà a destra, ecc. cioè si avrà una localizzazione invertita degli organi.

Comunque, sia, il fatto certo è che l'eterotassia completa rivela sempre un disturbo precoce dello sviluppo (Vaquez). La sua genesi ancora ci sfugge, e finchè non si sarà appreso come si svolge nelle condizioni ordinarie lo sviluppo degli organi e, più particolarmente, per quali ragioni, normalmente, il fegato si localizza a destra e la milza, il cuore, ecc. a sinistra, il voler spiegare il meccanismo di formazione dell'anomalia di cui trattiamo non può restare che nel campo puramente speculativo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di peritonite da appendicite in soggetto con *situs viscerum inversus;* intervento (prof. Solieri).

L'A. discute la patogenesi dell'anomalia anatomica.

BIBLIOGRAFIA.

FOÀ. *Anatomia patologica (teratologia).*
SPALLICCI. Tesi di laurea.
VAQUEN e DONTELOT. *Destrocardia e destroversione.* Presse Médicale, 1920.
FRONTINI. Rivista Clinica Pediatrica, vol 40.
TOY e ELLIS. *Trasposition.* Journal of the American Med. Ass., 1921.
MARTINOTTI. *Della transposizione laterale dei visceri.* Bologna, 1888.
ROGER. Acad. de méd. de Paris, 1879, VIII, 1074.
VAQUEZ. *Maladies du coeur.* Paris, Baillière, éd., 1921.
PAOLO CARNOT. *Coliques hépatiques à gauche dans un cas d'inversion viscérale.* Paris Médical, numero 52, XXI.
LIOTTA. *Situs viscerum inversus complicato a stenosi dell'arteria polmonare.* La Riforma Medica, n. 37, 1927.
G. ARENA. *Sulla « Situs inversus viscerum ».* Ibid., n. 2, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

La circolazione di ritorno.

(LAUBRY e TZANCK. *Presse Médicale*, n. 24, 1932).

Il cuore è il motore centrale quasi unico; egli caccia il sangue nelle arterie, che con la loro elasticità gli prestano un valido aiuto, e lo aspira nelle vene con l'aiuto della vis a tergo, del gioco polmonare, della depressione toracica e per una serie di disposizioni anatomiche che, come le valvole delle vene e i muscoli di vicinanza, hanno un giuoco predominante.

Ma il fattore più importante della regolazione idraulica è rappresentato dai vasomotori che possono far variare grandemente la capacità del bacino venoso, vero serbatoio della massa sanguigna, il cui volume non ha proporzione con quello riserbato al circolo di andata.

Al di là delle arteriole, la pressione arteriosa cade e sono il tono capillare e quello venoso che intervengono allora come motori periferici. Il sistema venoso costituisce dunque un apparato di propulsione del sangue, egli ne assicura il ritorno al cuore di cui ne regola l'alimentazione sotto il triplice aspetto di serbatoio di propulsore e di regolatore. Se così non fosse non ci potremmo spiegare alcuni fatti fisiologici quali le variazioni incessanti della massa sanguigna, l'effetto minimo o nullo del salasso sulla pressione arteriosa ed una serie di fatti patologici, quali la sincope ed il collasso che solo per una rappresentazione schematica del circolo di ritorno possiamo comprendere e classificare.

Secondo gli autori classici è al deficit dell'azione cardiaca con caduta brusca della pressione e alla conseguente anemia cerebrale che dev'essere attribuito l'avvenimento della sincope: secondo gli AA. è al cuore periferico, immenso e potente, che dev'essere attribuita la responsabilità della sincope. Quando i serbatoi venosi sono distesi e paralizzati, la conseguenza diretta è l'anemia: il cuore in tal modo ne è la vittima non l'agente, esso infatti continua a pulsare ma si contrae su cavità vuote di sangue, e di tal guisa non fornisce più sangue al cervello. Con analogo meccanismo, ma più attenuato, si costituisce il collasso, alla base del quale, in tutte le forme e in tutte le etiologie, sta un brusco ristagno di sangue nei vasti serbatoi addominali.

Una condizione di cosa opposta, si ha nell'ipertensione della circolazione di ritorno, che a seconda del modo di installarsi, della sua intensità, delle sue origini e del terreno nel quale si svolge, farà sentire i suoi effetti in modo diverso.

Se si instaura lentamente, come quando è conseguenza di condizioni circolatorie deficienti, la massa sanguigna si accumulerà nei serbatoi venosi dilatati al massimo, si avrà la congestione viscerale delle grandi insufficienze, l'ipertensione per stasi già classicamente nota. Se si instaura in modo brusco, la massa sanguigna non essendo più proporzionata al suo contenente è costretta ad emigrare dal rifugio ordinario e a refluire alla cavità destra del cuore, essa passa nel piccolo circolo e poi nel grande, ove provoca una poussée ipertensiva. Ma è raro che il passaggio attraverso il polmone ed il cuore compia senza lasciare tracce, che possono essere appena avvertibili o giungere alla costituzione di un edema polmonare acuto, o all'insufficienza ventricolare sinistra.

Da questa interpretazione derivano le considerazioni terapeutiche: sulla sincope e negli strati di collasso si dovrà cercare di fornire al cuore il sangue o il liquido che gli manca e di ridestare il tono vasomotore addominale. La trasfusione sanguigna e le iniezioni di siero fisiologico soddisferanno alla prima indicazione, le iniezioni di adrenalina alla seconda. Negli accidenti di ipertensione e nell'edema polmonare acuto gli sforzi saranno al contrario indirizzati a diminuire la massa sanguigna e ad aumentare la capacità dei serbatoi venosi: il salasso soddisferà alla prima indicazione, la morfina, il tartrato d'ergotamina, l'insulina, lo svuotamento di un utero gravido, soddisferanno alla seconda. E. ANTONIAZZI.

Gli effetti sul circolo dell'asma bronchiale.

(L. CRIEP. *Arch. intern. Med.*, febbraio, 1932).

Gli accessi ripetuti di asma bronchiale portano nella grande maggioranza degli asmatici ad uno stato più o meno notevole di enfisema polmonare con conseguente riduzione del circolo capillare polmonare: queste modificate condizioni di circolo polmonare devono, dal punto di vista teorico, farsi risentire sul lavoro e sull'efficienza del cuore, particolarmente ed in un primo tempo sul ventricolo destro. In base a tale presupposto numerosi autori hanno in questi ultimi anni cercato di analizzare più da vicino il comportamento del cuore negli individui affetti da asma bronchiale ed il metodo di ricerca generalmente prescelto è stato lo studio elettrocardiografico: i risultati però che sono stati ottenuti da queste ricerche non sono stati affatto concordi e le modificazioni elettrocardiografiche osservate hanno parlato in alcuni casi per una certa compromissione del cuore in senso lato, in altri invece per condizioni cardiache perfettamente normali. Spesso è venuto anche a mancare quel segno che dal punto di vista teorico poteva presumibilmente riscontrarsi con una certa frequenza, cioè la cosidetta « predominanza ventricolare di destra », chè spesso anzi venne segnalata la presenza di una « predominanza

ventricolare di sinistra »: a tal riguardo va però tenuto presente che non sempre i segni elettrocardiografici di una cosidetta predominanza ventricolare corrispondono ai dati anatomici di una ipertrofia o dilatazione del segmento cardiaco corrispondente.

Alcuni autori riscontrarono anche modificazioni elettrocardiografiche interpretate come alterazioni della conducibilità dello stimolo, e altri invece elettrocardiogrammi fondamentalmente e nella maggioranza dei casi, normali. L. Criep, partendo dal risultato discorde di queste precedenti ricerche, ha condotto tutta una serie di indagini cliniche ed elettrocardiografiche sugli asmatici sia fuori accesso che in accesso (in queste ultime condizioni però solo in pochi casi per ragioni ovvie): gli asmatici prescelti per questo studio erano tutti soggetti con chiara anamnesi di asma bronchiale che presentavano accessi per lo meno da cinque anni allo scopo di studiare gli effetti di lunghi periodi di asma; alcuni presentavano sindrome asmatica anche da 20-25 anni; si tratta di soggetti di varia età e che praticamente non presentavano affezioni chiare cardiache di altra origine: in tutto cinquanta casi: nei periodi fuori da accessi asmatici le indagini elettrocardiografiche hanno messo in evidenza nel 20 % i segni di una preponderanza ventricolare sinistra, e nell'8 % di una preponderanza ventricolare destra; nel 42 % i tracciati erano perfettamente normali; qualche caso presentava un'aritmia sinusale apparentemente di origine respiratoria. Fermandosi particolarmente sul significato della cosidetta preponderanza ventricolare, l'A. è indotto ad assegnare ad essa scarso valore e conclude affermando che in linea di massima gli asmatici non presentano nei periodi lontani dagli accessi alcun segno chiaro ed evidente che parli sia dal punto di vista clinico, sia dal punto di vista delle ricerche di laboratorio per una compromissione del centro circolatorio.

Nei casi invece che furono potuti studiare durante l'accesso asmatico vennero notati dei fatti che depongono per un risentimento cardiaco durante gli attacchi stessi. Poichè durante l'attacco asmatico si hanno segni più o meno notevoli di asfissia, così l'autore è indotto a considerare le concomitanti alterazioni cardiache come dovute ad uno stato di anossiemia del miocardio: ed infatti furono registrati degli elettrocardiogrammi in cui le alterazioni dell'onda T assumevano il tipo cosidetto « coronarico »; ed inoltre alcuni pochi casi presentarono segni evidenti di alterata conducibilità dello stimolo dall'atrio al ventricolo e bigeminismo extrasistolico ventricolare. Questi fatti sono analoghi in parte a quelli che si possono osservare in determinate circostanze nell'anafilassi sperimentale.

CH.

PANCREAS.

Cinque casi di pancreatite acuta emorragica. Pancreatite acuta in un bambino di 5 anni. Il segno bleu dell'ombellico nella pancreatite emorragica.

(R. DESJACQUES. *Revue de chir.*, n. 1, 1932).

L'A. riferisce su cinque casi di pancreatite acuta emorragica da lui operati in un quinquennio.

Uno di essi è particolarmente interessante perchè sopraggiunto in un bambino di 5 anni. Il quadro clinico era quello di una appendicite grave iniziatasi 48 h. prima; obbiettivamente si aveva uno stato generale grave, un meteorismo intestinale diffuso, contrattura più marcata nella fossa iliaca destra. Disteso il bambino sul tavolo operatorio la luce migliore faceva constatare una macchia bleu, una ecchimosi sull'ombellico e la stessa colorazione ma meno marcata lungo i tragitti inguinali.

Ciò fece pensare ad un emoperitoneo ma non modificò il concetto diagnostico di appendicite. Infatti il bambino fu operato con incisione nella fossa iliaca destra, fu riscontrato un emoperitoneo; macchie di steatonecrosi; appendice ed intestino normali. Dato l'aggravarsi delle condizioni del bambino durante l'intervento sì da temere che morisse sul tavolo operatorio, fu fatto soltanto un tamponamento del Douglas. Il bambino migliorò; nei giorni successivi andò di corpo, l'addome divenne trattabile, non vomitò più fino al 7° giorno; a quest'epoca essendosi manifestato di nuovo il vomito ed essendosi diagnosticata una raccolta pancreatica il bambino fu nuovamente operato e la raccolta evacuata e drenata; dapprima sembrò che il bambino migliorasse; i vomiti cessarono, ma poi giorno per giorno le condizioni andarono peggiorando e l'infermo morì in 7ª giornata dal 2° intervento. L'autopsia confermò uno sfacelo pancreatico a livello della testa, macchie di steato-necrosi, niente più versamento peritoneale, aderenze intestinali, niente alle vie biliari, niente trombosi vascolare, niente parassiti intestinali.

Gli altri 4 casi sono tutti in adulti e sono casi banali; furono tutti operati, tre di drenaggio della retrocavità, in uno dei quali fu aggiunta una lacerazione della testa del pancreas; nel 4° caso fu aggiunta la colecistectomia.

In tutti e 5 i casi l'esito è stato infausto.

Per ciò che riguarda l'intervento l'autore osserva che il caso che è andato meno peggio è stato il primo, in cui niente venne fatto nel pancreas in primo tempo e all'8° giorno fu aperta una raccolta pancreatica. Pur potendosi obbiettare trattarsi in questo caso di una

flogosi subacuta ad evoluzione più moderata, l'A. riavvicinerebbe volentieri questo caso a quello trattato da Leriche con semplice colecistostomia e che guarì, attribuendone quindi il decorso meno rapido al non aver toccato il pancreas.

Ricorda poi come i casi di pancreatite emorragica nel fanciullo siano rari ma ripetutamente osservati.

Infine tratta della patogenesi del segno della macchia bleu nelle pareti addominali, segno che egli ebbe a riscontrare in tutti e cinque i suoi casi e che secondo lui non è che un segno di emoperitoneo. B. Paggi.

Contributo allo studio della tubercolosi del pancreas.

(M. Morelli. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi.* 31 gennaio 1932).

Le lesioni tubercolari del pancreas sono piuttosto frequenti nei casi acuti di tbc., ma rare nelle forme croniche e rare altresì sono le forme estese e gravi, macroscopicamente apprezzabili.

Ricerche sperimentali eseguite dimostrano che la tbc. attecchisce difficilmente nel pancreas, in virtù di un particolare stato di resistenza del tessuto pancreatico al germe.

Le ghiandole salivari sono altrettanto resistenti al bacillo di Koch: vi è dunque tra questi organi una analogia oltre che anatomica e funzionale, anche fisiopatologica.

Oltre alle lesioni specifiche, sono state riscontrate nel pancreas alterazioni del parenchima e aumento del connettivo, legati non tanto alla presenza del germe nei tessuti, quanto specialmente alla azione delle tossine. Tali forme vengono descritte ora sotto il nome di cirrosi, ora sotto quello di sclerosi.

I vari autori però, non sono d'accordo sulla frequenza di queste lesioni e neppure sullo stato degli isolotti di Langherans.

La più frequente delle forme anatomiche, in cui si manifesta la tbc. del pancreas, è la forma miliarica: sono tubercoli elementari che si localizzano prevalentemente nello stroma. È stata anche descritta una forma di ascesso tubercolare, che si svolge in modo acuto. Vi è poi il linfoma tubercolare, forma eterogenea nella quale le lesioni tubercolari sono a carico dei gangli linfatici peri o intrapancreatici.

Un'altra forma è chiamata tubercoloma: qui il parenchima ghiandolare è infiltrato da tessuto granulomatoso in forma di grossi nodi. Questi possono in alcuni punti presentare la necrosi caseosa, ma prevale piuttosto la tendenza alla trasformazione fibrosa.

Il linfoma e il tubercoloma sono riuniti nella tubercolosi pseudo-neoplastica, unità clinicamente alquanto eterogenea.

Infine è stata riscontrata, per quanto di rado, una forma cronica disseminata, che si localizza specialmente nel tessuto interstiziale e presenta fenomeni di degenerazione caseosa disseminata, insieme con fenomeni sclerotici.

L'A. illustra quindi ampiamente, dal punto di vista anatomo-patologico, un caso, occorsogli alla osservazione, di tbc. diffusa fibrocaseosa del pancreas interessante lo stroma e il parenchima.

Il parenchima era in parte distrutto da una formazione cavitaria. Vicentini.

Anastomosi transduodenale di una cisti pancreatica col duodeno.

(Kerschner. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 1930).

L'asportazione di queste cisti del pancreas per i rapporti anatomici e per lo sviluppo intimo con organi vicini è possibile solo raramente ed il trattamento chirurgico si può ridurre ad una sutura della cisti alla parete addominale (Gussenbauer) e al drenaggio all'esterno con residuo di fistole che durano per mesi.

Nella clinica chir. di Praga hanno operato negli ultimi 10 anni 10 cisti del pancreas di cui 4 vere cisti (di cui 2 maligne) e 6 pseudo cisti (1 traumatica e 5 di natura infiammatoria). L'asportazione fu possibile solo in un caso; 8 volte fu fatto il drenaggio all'esterno e nell'ultimo una unione della cisti col duodeno per via transduodenale.

Dei 10 casi 8 guarirono: uno ebbe i segni di necrosi pancreatica e subito dopo l'operazione venne a morte, un altro morì dopo 6 settimane con reperto di necrosi grassosa nel mesentere.

Nei casi operati con drenaggio hanno trattato i malati con dieta priva di idrati di carbonio e con bicarbonato di sodio e astringenti. In un caso la fistola si chiuse dopo 4 mesi.

La estirpazione di questi tramiti fistolosi è un intervento grave. Per lo più l'impianto della fistola si ha in un organo cavo dell'addome.

Doyen e Michon hanno impiantato il tramite fistoloso nello stomaco, e Kehr nella cistifellea; Holbaum in un'ansa del digiuno, Völcker, Kausch e Lorenz nel duodeno o nello stomaco. Jedlicka in un caso di cisti del pancreas dopo escissione parziale l'ha impiantata nella parete posteriore dello stomaco.

Walzel nel 1927 usò in un caso il drenaggio interno attraverso la cistifellea che può essere praticato quando non c'è infiammazione delle vie biliari e quando il contenuto della cisti è puramente sieroso e non contiene coaguli, detrito, ecc.

L'A. ha avuto occasione di operare nel 1928 un caso facendo l'anastomosi col duodeno al disotto della papilla ma non abboccando la ci-

sti aperta al duodeno, bensì aprendola dopo abboccata per via transduodenale.

La cisti aveva la grandezza di un testa di feto e alla puntura diede un liquido scuro, fortemente emorragico. Scartata l'idea della estirpazione per l'estensione pensò all'anastomosi col duodeno. Perciò, prima fece una sutura posteriore, poi aprì il duodeno anteriormente e poi lateralmente all'interno aprendo così la cisti che si vuotò sporgendo nel duodeno. Quindi suturò la breccia duodenale con doppio piano.

L'esame istologico di un frammento della cisti diede un tessuto con flogosi e quindi si trattava di una pseudocisti. Il malato guarì e non ebbe più i segni precedenti di dolori, vomito, dimagramento.

Il malato dopo qualche mese venne a morte per tubercolosi e alla sezione si potè costatare che nel pancreas esisteva una piccola cisti grossa come una noce che aveva una comunicazione col duodeno, larga un centimetro.

R. BRANCATI.

RICAMBIO MINERALE.

La diffusione della carie dentale nei rapporti col calcio contenuto nell'acqua potabile.

(G. B. FRANCI. *Rivista Italiana di Stomatologia*, febbraio 1932).

L'A. richiesto da numerosi clienti se la notevole diffusione della carie dentale in Siena fosse eventualmente causata dall'uso dell'acqua potabile della nuova conduttura del Vivo, perchè povera di sali di calcio, si dette a ricercare e raccogliere dati precisi di fatto, atti a portare luce sull'argomento.

La città di Siena fino da tempo antichissimo si serviva di acqua della vecchia conduttura, durissima (durezza media 32,03) e ricca di sali di calcio.

Nel 1913 giunse alla Porta di S. Marco l'acqua della nuova conduttura della sorgente del Vivo che gradatamente fu incondottata in città. Tale acqua è leggerissima e povera di sali di calcio (D. 3,3).

Nel 1913 l'A. compilò una statistica riguardante la diffusione della carie dentale nei bambini delle Scuole Comunali di Siena con i seguenti risultati:

Diffusione 89,79 %.

Media dei denti cariati per ogni bambino 5,99.

I soggetti si erano nutriti con acqua durissima della vecchia conduttura.

Nel 1930 e cioè dopo 17 anni dall'approvvigionamento con la nuova conduttura, stabilì di ripetere una simile ricerca negli scolari delle scuole elementari della stessa città, nutriti fin dal periodo del concepimento con acqua leggera.

I nuovi risultati furono i seguenti:

Percentuale ammalati 89,25 %.

Media dei denti cariati 6,15.

Risulta dal confronto delle due statistiche che dopo l'uso di acqua leggera la percentuale di ammalati fu più bassa del 0,54 %, mentre la media dei denti cariati fu più alta di 0,16. Nell'insieme però non si ebbe aumento come si era dubitato ma lieve diminuzione.

A maggior riprova dei suoi risultati l'A. ha voluto anche vedere se la diffusione della carie dentale segua o no i rapporti con i quantitativi di calcio delle rispettive acque potabili nelle varie città.

Richiese perciò agli Uffici Municipali d'Igiene di 10 città le analisi delle rispettive acque potabili ed elencò gli indici medi di durezza totale in ordine progressivo crescente, segnando a fianco l'indice di diffusione della carie.

Non riuscì a stabilire alcun rapporto tra queste due serie di elementi, dal che fu dedotto che il quantitativo di calcio contenuto nell'acqua potabile non ha capitale importanza nello sviluppo e nella diffusione della carie dentale come fino ad ora si era ritenuto.

VICENTINI.

Il " Darmus „: fluorosi spontanea delle zone fosfatifere.

(H. VELU. *Archives de l'Institute Pasteur d'Algérie*, X, n. 1, 1932).

Col nome di *Darmus* (o *Derms*) è descritta una distrofia dei denti permanenti che si osserva in diverse zone fosfatifere dell'Africa del Nord (Algeria, Tunisia, Marocco) e che colpisce così l'uomo come gli animali (bovini, ovini, equini). Si tratta di una intossicazione cronica caratterizzata da sintomi generali vari e da disturbi del metabolismo fosfatocalcico, che si manifestano specialmente con alterazioni più o meno complesse della dentatura permanente. I denti possono presentare modificazioni di dimensioni e di forma, anomalie d'orientazione e di struttura (erosioni) ed un'esagerazione notevole dell'usura; anche il mascellare inferiore può essere alterato.

Accurate indagini hanno messo in evidenza che la distribuzione geografica della malattia coincide con quella dei giacimenti di fosfati, e che esiste un rapporto fra il Darmus ed il consumo di acque che hanno traversato gli strati fosfatiferi. Per spiegare la natura di questo rapporto si possono invocare le esperienze fatte da Autori americani sugli animali alimentati con fosfati naturali. La prolungata somministrazione di questi fosfati provoca lesioni dentarie identiche a quelle che si ottengono col fluoruro di sodio, e gli Autori le attribuiscono infatti alla presenza di un tasso elevato di fluoro nei fosfati naturali.

Nell'organismo animale il fluoro si trova in maggior proporzione nello smalto dei denti,

nelle ossa, nei capelli, peli ed unghie, nell'epidermide; più poveri di fluoro sono gli organi ghiandolari, il tessuto nervoso, i muscoli. Il fluoro animale proviene dai vegetali alimentari, che, a loro volta, lo traggono dal terreno (fluoruri e fluofosfati). Fluoro in quantità variabile esiste anche nelle acque.

L'intossicazione sperimentale da fluoro produce cachessia e sintomi a carico del sistema nervoso (bulbo, midollo), delle ossa, delle ghiandole a secrezione interna ed infine lesioni dentarie. Intossicazioni spontanee sono state osservate (Cristiani) in animali che ingerivano foraggi provenienti da praterie esposte ad emanazioni contenenti fluoro di origine industriale (fabbriche di alluminio). Velu, colla somministrazione prolungata di piccole dosi di fosfati naturali ai montoni, ha ottenuto una distrofia totale dei denti della seconda dentizione perfettamente paragonabile al Darmus spontaneo degli animali delle zone fosfatifere. Ratti bianchi sottoposti a regime di 15 milligrammi al giorno di fluoruro di calcio, sono morti colle lesioni caratteristiche della fluorosi cronica; identico resultato si è ottenuto colla somministrazione prolungata di fosfati naturali provenienti dai giacimenti del Marocco e dell'Algeria. Poichè tali giacimenti non si trovano generalmente alla superficie del suolo, non potrebbe tuttavia attribuirsi la malattia spontanea all'ingestione diretta di fosfati, nè a modificazioni dei vegetali alimentari. Si è allora pensato all'azione dell'acqua. La prolungata somministrazione di acque tenute in contatto con fosfati, ha provocato, nei montoni, lesioni dentarie del tutto simili a quelle del Darmus, e, nei ratti, le stesse lesioni accompagnate da una cachessia analoga alla cachessia da fluoro. Somministrando acqua trattata con fluoruro di calcio l'intossicazione sperimentale risulta anche più grave. Queste esperienze permettono di concludere che, con tutta verosimiglianza, il Darmus è una fluorosi provocata dall'acqua che ha traversato degli strati fosfatiferi.

L'importanza economica della malattia è data dal fatto che gli animali affetti da lesioni dentarie, masticano e si alimentano male ed essendo malnutriti sono notevolmente deprezzati sul mercato. Rispetto all'uomo è importante indagare se le popolazioni abitanti in zone fosfatifere presentino, oltre le lesioni dentarie, altri sintomi d'intossicazione da fluoro. Gli effetti della cosidetta *fluorosi làrvata* (Cristiani) sono: la mortalità infantile, il rallentamento dell'accrescimento nei bambini, l'insufficienza di sviluppo, la paucinatalità, la diminuzione della secrezione lattea, l'inappetenza notevole, la predisposizione alle infezioni.

Per il giudizio sulla potabilità delle acque, in riguardo al loro contenuto in fluoro, può essere utilizzato il metodo di Cristiani che consiste nel dosaggio del fluoro nelle ossa degli animali alimentati a lungo colle acque da esaminare. In condizioni normali il contenuto in fluoro è inferiore al 0,50 per mille di ceneri delle ossa; in animali intossicati col fluoro è stato trovato in proporzione del 2,16 fino al 5,18 per mille. Nelle zone fosfatifere l'igienista dovrà sempre ricercare il fluoro nelle acque telluriche, ed ove non sia possibile procurarsi acque pure, sotto questo punto di vista, prospetterà la necessità di approvvigionare l'abitato con acque meteoriche. A. Franchetti.

PROBLEMI DISCUSSI

Concezioni attuali delle avitaminosi.

(M. Albeaux-Fernet e M. Millian. *Gaz. des Hôp.*, nn. 35 e 37, aprile-maggio 1932).

I. *Concezioni patogenetiche. Definizione e classificazione attuale delle vitamine.* — Si designano sotto il nome di vitamine dei fattori indispensabili alla vita, che l'organismo animale non può elaborare e di cui la natura chimica è sconosciuta.

La vitamina A, solubile nei grassi, nell'alcool e nell'etere, è contenuta in certe sostanze grasse, come il burro, mentre l'olio di ulivo e lo strutto non ne contengono. Recentemente si è constatato che il carotene, corpo di formula chimica ben definita che fa parte della porzione insaponificabile di alcuni grassi, possiede le proprietà del fattore A. Sembra che il carotene sia non una vitamina ma una provitamina che l'organismo sa trasformare in vitamina.

La vitamina A, oltre che nel burro, si trova nella crema, nel giallo d'uovo, nell'olio di pesce ed anche nelle carote, nei pomodori, negli spinaci, nei cavoli, ecc.

La vitamina B è un complesso, nel quale si può distinguere:

a) una vitamina antinevritica o vitamina di equilibrio nervoso; questo fattore, che si può chiamare vitamina B_1, si trova sopratutto nei pericarpi e negli embrioni delle graminacee, nel latte e nel lievito di birra, e sarebbe sopratutto responsabile della polineurite aviaria;

b) una vitamina di utilizzazione nutritiva, indispensabile per l'utilizzazione dei glucidi, o vitamina B_2; essa si trova sopratutto nel lievito;

c) una vitamina di utilizzazione cellulare o fattore di crescenza dei microrganismi, chiamata vitamina B_3;

d) infine si può anche comprendervi il fattore idrosolubile antipellagroso, abbondante nella carne e nel latte; esso impedisce, nel cane, la stomatite ulcerosa provocata dall'avitaminosi corrispondente.

Dal punto di vista della sua costituzione, la vitamina antinevritica avrebbe dei rapporti con le basi pirimidiche.

Il complesso B è assai sensibile al riscaldamento. La vitamina antinevritica è distrutta dal calore, le tre altre resistono al calore a 120°.

Il lievito di birra e i germi dei cereali sono ricchi in vitamina B; ma essa si trova anche in numerosi alimenti, come giallo d'uovo, fegato, cervello, carne muscolare, lenticchie, cavolo, carote, spinaci, ecc.

Il fattore C è una vitamina assai fragile; il disseccamento, l'ossigeno dell'aria bastano a distruggerla; da ciò la difficoltà di isolarla. Tutto quello che si sa della sua costituzione è che racchiude un radicale polifenolico. È una vitamina solubile nell'acqua e nell'alcool diluito, insolubile nei solventi dei grassi. La si trova sopratutto nella frutta e nei legumi freschi, ma anche nelle ostriche, nel sugo di carne cruda, ecc. D'altra parte, recentissimamente R. Rygh avrebbe isolato dal sugo di limone verde una sostanza che sarebbe identica ad un alcaloide estratto dall'oppio, la narcotina. Questo alcaloide darebbe, nel corso della maturazione del limone, la vitamina antiscorbutica.

Riscaldando l'olio di fegato di merluzzo a 100°, in modo da distruggere la vitamina A, l'olio perde le sue proprietà relative alla crescenza, ma resta antirachitico. Vi sono dunque due fattori liposolubili, ciascuno con le sue caratteristiche fisiologiche. Il fattore antirachitico o vitamina D interviene nella fissazione del calcio e nello sviluppo del tessuto osseo.

Oggi si conosce bene la natura chimica della vitamina D, poichè si sa che si tratta di uno sterolo irradiato. L'ergosterolo, sottoposto all'azione delle radiazioni ultra-violette, presenta le proprietà della vitamina D.

Questa vitamina si conserva bene nelle soluzioni oleose. Un mezzo elegante di procurare della vitamina D a un soggetto consiste nell'esporlo alle radiazioni ultraviolette; si trasformano così i suoi steroli in vitamina.

Certe sostanze alimentari come l'olio di fegato di merluzzo, le aringhe, le sardine, il salmone, il giallo d'uovo, ecc. sono ricche in vitamine D.

Gli AA. americani Evans e Sure hanno scoperto, nel 1922-1925, una vitamina indispensabile alla riproduzione. Essa è indispensabile al maschio per la formazione degli spermatozoi, alla femmina per lo sviluppo della placenta, e avrebbe anche importanza nella utilizzazione dei sali di ferro.

La troppo recente scoperta di questa vitamina, chiamata vitamina E, spiega la scarsa conoscenza delle sue proprietà. Secondo Grins si distinguerebbero tre fattori: di spermatogenesi, di gestazione normale e di allattamento.

La vitamina E si trova sopratutto in certi olii insaponificabili di grano, di maïs, di semi di canapa, di cotone, di palma, in certi grani, nella carne muscolare.

II. *Concezioni cliniche. Studio sperimentale e clinico delle avitaminosi.* — Nell'uomo le avitaminosi franche sono oggi rare; per contro sono relativamente frequenti e particolarmente interessanti le avitaminosi fruste, dovute non all'assenza, ma alla insufficienza di una o di parecchie vitamine nel regime alimentare.

Le manifestazioni cliniche dell'*avitaminosi A* possono essere tipiche e sono le manifestazioni note da molto tempo, oppure fruste, e sono gli stati di precarenza A descritti recentemente da Mouriquand.

Le manifestazioni tipiche possono prendere tre aspetti essenziali: la xeroftalmia, l'emeralopia epidemica e i disturbi di crescenza.

La xeroftalmia si osserva nei lattanti di cui l'alimentazione è troppo povera in grassi, come è il caso dei lattanti nutriti per molti mesi con latte scremato. Il peso dei lattanti resta stazionario e si manifestano disturbi digestivi. Sopratutto il bordo delle palpebre si tumefà e si copre di piccole croste giallastre provenienti da una leggera secrezione purulenta della congiuntiva. In seguito la cornea diviene appannata, si infiltra di essudati emorragici, si opacizza, si ulcera e, se una terapia specifica non viene praticata, la panoftalmia provoca la perdita dell'occhio.

L'emeralopia epidemica è caratterizzata dalla diminuzione della visione al crepuscolo e fu osservata durante l'ultima guerra, particolarmente in Russia.

I disturbi di crescenza sono provocati dalla diarrea.

Le forme fruste e latenti dell'avitaminosi A si osservano frequentemente nei lattanti. Le prime manifestazioni sono: la stabilizzazione della curva del peso, un aspetto smorto della pelle, l'astenia. Sopratutto le congiuntiviti possono essere delle forme fruste di xerosis congiuntivale.

Infine l'avitaminosi A può manifestarsi come uno stato di predisposizione all'infezione.

A ciascuno dei fattori della vitamina B corrisponde uno stato di carenza particolare.

L'assenza della vitamina antinevritica è responsabile del beri-beri, nelle sue quattro forme: forma comune, forma paralitica o atrofica, forma edematosa e forma acuta cardiovascolare. Le forme fruste sono caratterizzate da perdita dell'appetito, da vomiti, ipertonia muscolare, edemi, eruzioni diverse, costipazione alternantesi con diarrea, anemia, dimagrimento, disturbi cardio-vascolari, talora paralisi dei nervi cranici.

Quando è il fattore di utilizzazione nutritiva che fa difetto, il peso si abbassa progressivamente, i capelli cadono; si assiste ad una denutrizione tanto più rapida quanto più è elevata la proporzione di glucidi nel regime alimentare.

Lo stato di denutrizione si accentua più rapidamente se, alla carenza di utilizzazione nutritiva, s'aggiunge la carenza del fattore di utilizzazione cellulare.

Quanto alla carenza del fattore antipellagroso, è ingegnosa la patogenesi della pellagra ammessa attualmente in America: i disturbi digestivi sarebbero i primi a presentarsi, essi favorirebbero il passaggio nel sangue di sostanze fotosensibilizzatrici; l'insolazione basterebbe allora a determinare le lesioni del derma.

L'assenza di alimenti freschi contenenti la vitamina C determina lo scorbuto e la malattia di Barlow. Alcuni AA. distinguevano due fattori nella vitamina C: un fattore di integrità dei capillari ed un fattore di formazione di emoglobina.

Accanto alle forme tipiche di *avitaminosi C* esistono delle forme fruste e latenti. Le prime sono forme monosintomatiche, come la forma emorragica, caratterizzata da petecchie o da emorragie mucose e la forma anemica, che può prendere il tipo di anemia semplice o il tipo di anemia clorotica. Le forme latenti sono caratterizzate da disturbi organici o da alterazioni della nutrizione generale che non ricordano affatto lo scorbuto. Anoressia, pallore, astenia, disturbi del carattere, arresto di crescenza, costituiscono la « distrofia avitaminosa » di Aron. Ribadeau-Dumas e Chabrun hanno descritta la « febbre prescorbutica »: febbre elevata, irregolare, disordinata associata ad arresti di crescenza.

La natura di questi disturbi è provata da diversi fatti, fatti clinici (piccole manifestazioni emorragiche mucose o cutanee, qualche dolore), biologici (anemia) e radiografici (linea epifisaria allargata, assenza di trabecolatura della diafisi). Ma questi segni possono mancare. Valore maggiore hanno la nozione etiologica (bambini nutriti con latte sterilizzato o con farine diverse) e la prova terapeutica (la somministrazione di succo di frutta migliora i disturbi in pochi giorni).

La carenza in vitamina D produce classicamente il rachitismo. Clinicamente i fattori che entrano in giuoco nell'etiologia del rachitismo umano sembrano multipli ed è difficile precisare l'importanza che conviene attribuire alla vitamina D nella sua comparsa.

Si possono considerare come forme fruste dell'avitaminosi D i primi stadi del rachitismo nei lattanti. Questo prerachitismo o rachitismo inapparente fu studiato da Schabad nel 1910. Il dosaggio del calcio nelle feci e nel fosforo nelle urine dà dei risultati che permettono la diagnosi prima che compaiano i segni radiografici.

Alcuni AA. si sono domandati se la carenza di vitamina D non abbia importanza nella etiologia delle anemie della prima età. Si ammette oggi che rachitismo e anemia non hanno fra loro alcun rapporto di causa a effetto. Al più si può ammettere che la coesistenza sia dovuta ad una stessa causa, le tossinfezioni, così comuni nella prima età.

Per contro, certe sindromi neuro-muscolari sembrano nettamente in rapporto con l'avitaminosi D.

L'avitaminosi E è dal punto di vista clinico la più recentemente studiata. È caratterizzata dalla soppressione totale o parziale dell'attitudine alla riproduzione senza che si possa ancora parlare di sindrome clinica precisa.

III. *Deduzioni terapeutiche.* — La migliore profilassi delle avitaminosi consiste evidentemente nell'impiego di un nutrimento variato e per quanto è possibile naturale.

Dal punto di vista curativo, la condotta da tenere è semplice quando si tratta di avitaminosi franche.

L'avitaminosi A cederà nel bambino con l'impiego del latte completo. Bisogna sapere che il latte non contiene sempre la stessa quantità di fattore A; la ricchezza del latte in vitamina di crescenza dipende in effetti dal nutrimento e dal modo di vita delle vacche lattifere. D'altra parte bisogna istituire, sin dalla comparsa dei primi sintomi, il trattamento con olio di fegato di merluzzo e bisogna adoperare un olio di fegato di merluzzo controllato biologicamente, poichè il contenuto di vitamine è estremamente variabile da un olio all'altro. Alcuni AA. impiegano dei preparati industriali di vitamina A di cui la titolazione è fatta biologicamente ed espressa in unità Javillier.

Nell'adulto l'olio di fegato di merluzzo sarà ugualmente utilizzato. Si aggiungerà al regime della carne e del burro. Bisogna notare, a questo proposito, che alcune margarine aggiunte al burro, non solo non contengono fattore A, ma possiedono un'azione inattivante rispetto al burro.

In presenza di beri-beri o di pellagra, bisogna riequilibrare il regime aggiungendo tutto quello che può fornire la vitamina B in quantità assai forte: germi di cereali e soprattutto lievito di birra fresco.

Lo scorbuto sarà trattato con succo di limone o di arancia e, più generalmente, con frutta e legumi freschi. La fragilità estrema della vitamina C non permette alcuna preparazione industriale.

Il rachitismo sarà trattato o con i raggi ultravioletti o con l'olio di fegato di merluzzo o con i prodotti irradiati. È indispensabile utilizzare un prodotto di fabbricazione recente e, per ottenere un effetto terapeutico certo, bisogna dare 100-200 unità al giorno.

La terapia diviene più delicata quando si ha da trattare le ipovitaminosi. Bisogna in questi casi sapere perchè l'alimentazione è carenzata, per potere rimediare.

Attualmente si tende ad estendere il domi-

nio terapeutico delle vitamine. Alcuni AA. hanno cercato di utilizzare il fattore A nella lotta contro le infezioni. La vitamina B, per la sua influenza sul metabolismo dei glucidi, potrebbe rendere qualche servizio nel trattamento del diabete. La vitamina C sembra avere una influenza benefica sulle anemie, anche non scorbutiche. Ma è sopratutto la vitamina D che ha esteso il suo campo di azione. Il suo potere fissatore del calcio la fa impiegare in numerosi stati di demineralizzazione. Scheurlen e Orlowitsch suppongono che nel regime di Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch applicato alla tubercolosi polmonare, abbia sopratutto importanza non la carenza del cloruro di sodio ma l'apporto vitaminico considerevole. Il fattore D presenta una efficacia evidente sul consolidamento delle fratture sulla craniotabe e sulla osteomalacia dei lattanti, sulla spasmofilia, sulla tetania e sulla carie dentaria.

La vitaminoterapia deve esser fatta con discernimento. Posta l'indicazione, si devono prescrivere le vitamine seguendo i loro effetti, aumentandone o diminuendone le dosi secondo le reazioni del malato. C. TOSCANO.

L'ATTUALITÀ CHIRURGICA

Novità in materia di rachianestesia.

(A. CERNEZZI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 6 marzo 1932).

Dopo aver ricordato l'empirismo con cui prima della relazione di Forgue e Bassel e delle quasi contemporanee ricerche di Pitkiu, questa forma di anestesia veniva generalmente praticata, l'A. passa in rassegna alcuni metodi recenti ed alcune novità in proposito.

Il metodo Pitkiu, indicato anche col nome di « Rachianestesia controllabile », consiste: 1) nell'uso di uno speciale anestetico, la Spinocaina, associazione della novocaina con l'amiloprolamina, derivata dall'amido, che avrebbe lo scopo di aumentare la viscosità della soluzione; 2) nel diminuire o nell'aumentare il peso specifico dell'anestetico aggiungendo rispettivamente alcool etilico o propantriol. Il nome di controllabile, con cui si qualifica questa anestesia, è, come fa notare l'A., piuttosto connesso alla possibilità di avere un liquido, che salga o scenda nel rachide, a seconda della sua densità, che all'idea di avere un vero controllo del titolo, che ci sfugge come per gli altri anestetici.

Da numerosi lavori fatti intorno a questo metodo risulta: 1) che delle due formule, quella più generalmente usata è quella di densità inferiore al liquor; 2) che all'amiloprolamina si può sostituire più comodamente la destrina; 3) che malgrado ogni illusione di controllo anche detto metodo ha fatto le sue vittime. L'A. invece si dimostra più propenso alle soluzioni pesanti e, pur non annettendo al metodo Ptikiu una straordinaria importanza, gli riconosce il merito di aver attirato l'attenzione su fondamentali principii fisiologici prima non considerati. L'A. ricorda poi le ricerche del Dogliotti che ha aggiunto dell'alcool etilico alla soluzione di percaina allo scopo di favorirne la penetrazione e l'effetto, ma si dimostra piuttosto riservato per il timore di un'azione nociva dell'alcool sugli elementi nervosi.

Prende quindi in esame una serie di nuove sostanze entrate in questi ultimi anni nella pratica della rachianestesia. Fra queste: la Percaina, che ha il pregio di avere un peso specifico molto basso e quindi di avere una facile diffusione verso l'alto e di dare un'anestesia di lunga durata; la Delcaina, estratta dai residui della preparazione della cocaina, di scarsa tossicità; la Pantocaina, derivato della novocaina, ma di questa meno tossica.

Quindi l'A. ricorda qualche artificio per rendere più duratura e più innocente la rachianestesia novocainica. Così l'iniezione contemporanea nel liquor e nelle vene di una soluzione glucosata, proposta da Jura, il vantaggio di praticare l'iniezione nel rachide in decubito laterale anzichè in posizione seduta, l'uso dell'efedrina per prevenire i forti abbassamenti della pressione sanguigna, l'iniezione preventiva di una piccola dose di novocaina (1 cc. di soluzione all'1 %) o di qualche goccia di liquor.

Circa la cefalea, che con tanta frequenza compare dopo la rachianestesia, l'A. è del parere del Sicard nell'attribuirla ad una ipotensione del liquor per continuata perdita di questo attraverso il foro della dura. Per questo, come profilassi della cefalea, consiglia l'uso di aghi sottili e la cura nell'eseguire non più di una puntura e, come terapia, ricorda le iniezioni di acetilcolina, di efetonina, di gynergen, di solfato di magnesio.

Infine l'A. conclude con la necessità di continuare nello studio del meccanismo d'azione, del comportamento fra liquor ed anestetico, dei caratteri fisici di quest'ultimo al fine di aumentare i vantaggi e di diminuire i rischi di questa forma di anestesia. RUBEGNI.

L'anestesia locale sotto pressione.

(KIRCHNER. *Dtsch. z. Chir.*, vol. 234, pag. 99).

L'A., direttore della Clinica Chirurgica di Tubinga, ha ideato e costruito un apparecchio che permette di iniettare soluz. anestetiche per anestesie locali sotto pressioni altissime (3 atmosfere).

La sostanza anestetica adoperata è una soluzione di Novocaina, Percaina, Suprarenina.

I vantaggi della anestesia locale sotto pressione sono secondo l'A. di due specie: 1) Rispetto all'anestesia maggiore rapidità (bastando una-due punture al posto delle numerose

punture col metodo manuale in cui occorre portare la punta dell'ago quasi in ogni punto del tessuto da anestetizzare) e maggiore omogeneità della anestesia. 2) Rispetto al funzionamento della Sala operatoria, non occorrendo ogni volta preparare le soluzioni, riempire le siringhe ecc., ma potendo l'apparecchio per l'anestesia sotto pressione, servire per numerose anestesie, e potendosi, in grandi sale operatorie, portare da un tavolo all'altro; basta per ogni anestesia applicare un nuovo ago sterile, con grande risparmio di tempo, specie in sale operatorie ove si compiano numerose operazioni contemporaneamente.

A. Calò.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Die Krankheitsanfänge bei cronischen Leiden. Un vol. in-8° di 175 pag. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 4.

L'importante problema di riconoscere l'inizio delle malattie croniche interessa, oltre che i medici pratici, anche quelli delle società di assicurazioni, quelli che fanno visite di assunzione (militari, ferrovie, ecc.) e gli studiosi di medicina sociale, specialmente dal punto di vista della medicina preventiva.

Buona è stata quindi l'iniziativa di A. Fraenkel, di far tenere un ciclo di conferenze sull'argomento al Sanatorio Speyerershof di Heidelberg. Tali conferenze, che abbiamo viste in parte pubblicate anche nella *Deutsche medizinische Wochenschrift*, sono qui riunite. Ne citiamo i titoli, che bastano di per sè a destare l'interesse del lettore.

Gli inizi delle malattie croniche (A. Fraenkel). L'esame medico dei sani (A. Gottstein). L'esame degli assicurati sulla vita (H. Doll). L'inizio delle malattie renali croniche (R. Siebeck). L'inizio dell'insufficienza renale (E. Becher). L'inizio dell'ipertireosi (C. Oehme). L'inizio del diabete mellito (F. Herzog). L'inizio dell'insufficienza cardiaca (C. Kroetz). L'azione acuta della digitale per accertare la debolezza cardiaca incipiente (A. Fraenkel). Ricerche sulla dinamica circolatoria negli insufficienti di cuore (W. Grassmann). I prodromi delle psicosi schizofreniche ed il loro riconoscimento (K. Wilmanns). Gli inizi dell'alcoolismo (W. Mayer-Gross). L'inizio ed il trattamento della paralisi e della tabe (G. Steiner). Gli inizi della malattia nella tubercolosi polmonare dell'adulto (A. Fraenkel). L'anatomia patologica della tisi iniziale (W. Pagel). L'insufficienza epatica iniziale (H. Staub). La diagnosi funzionale epatica (B. Weicker).

fil.

A. Clerc. *Problèmes actuels de pathologie médicale.* Editore Masson. Prezzo Frs. 40.

Raccolta di conferenze dettate sotto la direzione del Clerc da valenti medici degli Ospedali di Parigi: C. Aubertin, H. Bénard, M. Brulé, J. Cathala, E. Chabrol, P. Chevallier, E. Donzelot, Grey-Laroche, C. Lian, R. Moreau, P. Vallery-Radot.

Gli argomenti trattati sono del maggiore interesse: cardiopatia e gravidanza, il sangue dei radiologi, la nefrosi lipoidica, l'amilosi renale, la diarrea coleriforme e le sindromi tossiche della prima infanzia, l'esplorazione della funzione biliare del fegato, l'idiofagedenismo, le ipertensioni arteriose parrossistiche, le ipoglicemie, l'edema polmonare acuto, concetti attuali sulle nefriti.

Dr.

O. Munsch. *Leitfaden der Pathologie und Therapie der Kampfgaserkrankungen.* Un vol. in-8° di 94 pag., con 29 fig. in parte colorate. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 10,50.

Il libro del capitano medico O. Munsch intende colmare una lacuna, esistente nella letteratura tedesca, di un manuale adatto per i medici che riunisca ed esponga in modo facilmente intelligibile le principali nozioni sui gas da combattimento. La conferenza internazionale della Croce Rossa (Aia, 1929) ha, di fatto, consigliata la diffusione di tali nozioni, in modo che si possano apprestare le difese alla popolazione civile, nel caso di attacchi aerei.

L'A. studia pertanto lo sviluppo dell'arma chimica, riporta qualche statistica di guerra (fra cui figura l'America e manca l'Italia!!) ed indica i vari mezzi di produzione e di lanciamento. Espone la tossicologia generale e la suddivisione delle sostanze chimiche usate, con i limiti di tollerabilità e tratta poi delle singole sostanze tossiche, accennando alle conseguenze tardive, alla patologia e terapia dell'ossido di carbonio e dell'acido cianidrico (non ancora usabili in guerra), delle nebbie artificiali e della protezione contro i gas ivi comprendendo anche i compiti del medico.

Riporta da ultimo la bibliografia. Belle e dimostrative le figure, una delle quali è di un autore italiano (Rovida).

fil.

Conferenze cliniche e di Scienze mediche, tenute nella Scuola di applicazione di Sanità militare di Firenze. Vol. VI. Un vol. in-8°, di 167 pag. con fig. Edito a cura della Scuola, Firenze 1931. Prezzo L. 10.

Continuando nella buona tradizione, la Scuola di Sanità militare pubblica anche quest'anno un bel volume che contiene le conferenze tenute nel 1931.

Diamo qui l'elenco delle conferenze stesse. La guerra chimica sulla nostra fronte. Ricordi personali (A. Lustig). Le anatossine nella profilassi delle malattie infettive (S. Belfanti). Il male di testa e la sua cura (G. Boschi). I criteri scientifici moderni che reggono le cure climatiche marine (G. Ceresole). Problemi della tubercolosi in patologia oculare (O. Pes). I

nuovi codici e l'esercizio pratico della medicina (F. Leoncini).

Come si vede tutti argomenti di grande interesse, trattati da competenti della materia. Segnaliamo specialmente l'ultimo che, riguarda i nuovi doveri venuti al medico dai nuovi codici, e che dovrebbe essere tenuto presente per evitare di incorrere, pur con la massima buona fede, in omissioni.

Precedono le conferenze, la Relazione del Direttore, Gen. medico prof. G. Grixoni ed una conferenza sulla Chimica nel momento attuale (W. Parri), letta all'inaugurazione dell'anno accademico 1931.

Il volume, in bella carta patinata, porta sul frontespizio la riproduzione del monumento ai medici italiani caduti nella guerra. *fil.*

L'Année médicale pratique. 1932. Un vol. in-16°, di 645 pag. R. Lépine, Paris, 1932.

Questo annuario medico, pubblicato sotto la direzione di C. Lian, da numerosi collaboratori che trattano ognuno la propria specialità, ci si presenta ormai al suo decimo anno di vita, ciò che costituisce un segno della sua vitalità e del favore con cui esso è accolto dalla classe medica. I pregi che abbiamo già rilevati in occasione dei volumi precedenti si hanno anche in quest'anno. Ogni articolo costituisce una concisa rivista sintetica dei lavori compiuti nell'anno sul relativo argomento, fatta prevalentemente su lavori di fonte francese. Vi sono considerati tutti i campi della medicina, chirurgia, ostetricia, ginecologia, igiene, medicina legale, specialità.

Completano il volume la riproduzione delle leggi e circolari riguardanti l'esercizio della medicina pubblicate in Francia nell'anno (in questo, vi è, p. es., la legge sulle malattie professionali), l'elenco delle nuove specialità farmaceutiche, delle novità in fatto di strumenti, dei principali libri pubblicati nell'anno. Un indice alfabetico riguardante gli ultimi quattro anni facilita la consultazione. *fil.*

A. RAVINA. *L'année thérapeutique*. Un vol. in-16° di 182 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1932.

Tutti gli studiosi ricordano i preziosi volumetti con cui Cheinisse dava ogni anno il resoconto delle principali acquisizioni nel campo della medicina pratica, con esatte informazioni e con spirito critico ed equilibrato. Dopo l'interruzione per qualche anno, A. Ravina riprende la serie con questo volume, che si divide in tre parti: malattie e sintomi; metodi e tecniche terapeutiche; medicazioni nuove.

Con una scelta giudiziosa dei diversi metodi terapeutici, si ha in questo libro, che continua le buone tradizioni di Cheinisse, il bilancio dell'anno decorso, portando alla conoscenza del pratico le nuove tecniche e gli attuali orientamenti di alcuni metodi terapeutici. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 maggio 1932.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, presidente.

Su di un caso eccezionale di pneumotorace extrapleurico.

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — Si tratta di un caso di tubercolosi polmonare dapprima soltanto a destra trattato con pneumotorace terapeutico: poi bilaterale trattato con pneumotorace bilaterale. Il malato non presentò mai disturbi particolari subiettivi, ma radiologicamente il pneumotorace destro era opaco. Considera le possibilità o di una raccolta del gas fra la fascia toracica e la pleura parietale o della formazione di una ernia della pleura. Ritiene più probabile la prima ipotesi. Dimostra il pezzo anatomico.

Descrizione delle cisti di Trichomonas intestinalis.

Dott. G. PENSO. — In un caso di Trichomonas intestinale l'O. ha notato molti corpi piriformi forniti di un nucleo reniforme e, sospeso a questi, un blefaroblasto da cui parte un flagello che delimita i resti della membrana ondulata; in più esiste una banda evidentemente residuo dell'assostile, che segue il percorso del flagello ondulato e va a terminare verso la metà del nucleo dopo aver disegnato nell'interno del protoplasma una specie di punto interrogativo rovesciato.

L'O. accompagna il suo dire con la proiezione di disegni e di microfotografie.

La flora secondaria nei tracomatosi di Roma.

Dott. U. BONCINELLI. — L'O. ha compiuto una ricerca sistematica sulla flora batterica congiuntivale dei tracomatosi di Roma scegliendo tra i varii casi presentati (in tutto 5), le forme floriche recenti o riacutizzate. Ha isolato un certo numero di germi che elenca (dai piogeni alle muffe). Giustifica questa sua ricerca avanzando l'ipotesi che tali germi possano avere la parte maggiore o minore nel determinare il quadro completo del tracoma. Esprime il preciso scopo che ebbe all'inizio delle ricerche di sperimentare una terapia polivaccinica di quest'affezione e si riserva di far conoscere in seguito i risultati di essa.

Importanza delle infezioni secondarie del tracoma e loro cura con una terapia vaccinica.

Prof. V. RUATA. — Secondo l'O. il tracoma è basato su due fattori etiologici, un *substratum* di fondo — non ancora ben conosciuto — secondo alcuni di origine parassitaria specifica; secondo altri, e secondo l'O., di origine costituzionale (adenoidismo, comune a tutte le razze a tracoma); questo primo fattore, fattore complementare, è dato dalle infezioni miste sovrapposte.

L'O. ha preparato e sperimentato sopra un centinaio di casi un vaccino polivalente diretto contro tutte le infezioni oculari, e di conseguenza anche contro l'infezione tracomatosa. I risultati ottenuti sui casi di tracoma e le sue complicazioni curati dall'O. portano l'80 % di guarigioni.

Il prof. OVIO si felicita con i due oratori ponendo in evidenza come ben poco di sicuro si conosca ancora sul tracoma e rileva l'importanza

delle infezioni secondarie che si sovrappongono al tracoma stesso aggravandone il decorso. Mette in rilievo l'importanza delle ricerche tendenti ad istituire una terapia vaccinica.

Il prof. RUATA risponde ringraziando.

Otturazioni parassitarie del dotto biliare comune.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce su 2 casi relativi a diagnosi clinica di calcolosi biliare con ritenzione completa, nei quali l'intervento chirurgico dimostrò invece trattarsi di occlusione del coledoco dovuta nell'uno alla presenza di un ascaride, nell'altro a una cisti da echinococco proveniente da una cisti del fegato.

Il prof. ARCANGELI cita due casi di otturazione dei quali uno con ascessi multipli del fegato in cui in ogni ascesso fu ritrovata un'ascaride, l'altro di echinococcosi in cui fatta diagnosi di calcolosi della cistifellea venne eseguita l'asportazione della cistifellea mentre i disturbi di occlusione delle vie biliari persistettero invariati. Si trattava invece di un echinococco del fegato comprimente il coledoco. Richiama l'attenzione sull'importanza della eosinofilia, dell'esame delle feci, dell'esame radiologico delle vie biliari per accertare il giudizio diagnostico prima di ricorrere ad interventi chirurgici.

Il prof. GIUDICEANDREA ricorda come una volta ebbe occasione di vedere all'autopsia un ascaride penetrato per metà nel coledoco. Rileva l'importanza della ricerca della eosinofilia che può far sospettare una eventuale ascaridiosi od echinococcosi.

Il prof. CHIASSERINI risponde insistendo sulla necessità, durante interventi chirurgici, di un'accurata esplorazione del fegato e delle vie biliari. Per la diagnosi crede che l'applicazione dei mezzi sussidiari di laboratorio dipenda dal pensare o meno alla possibilità di un'ascaridiosi o di una echinococcosi.

Nuovo processo di cura dell'ipertrofia prostatica per via endoscopica (rimozione dell'ostruzione).

J. CARTHY (New York). — L'O., socio corrispondente straniero dell'Accademia, non ha potuto fare la sua comunicazione perchè impedito per ora di venire in Europa; ha pregato il prof. Alessandri di leggere la sua comunicazione inviando anche le diapositive illustrative.

Il metodo di Carthy deriva da quello di Bottini ed è basato sull'uso dell'uretrocistoscopio operatore di Mc. Carthy che permette di vedere con sicurezza le parti esuberanti da togliere e fornisce possibilità di compiere l'operazione precisa e senza pericolo, sempre sotto il controllo della vista. Secondo l'O. il metodo può essere applicato dalla semplice fibrosi del collo alla ipertrofia vera e propria e perfino nelle costrizioni da tumore maligno. L'O. ha applicato il suo metodo a parecchie centinaia di casi con risultati sempre ottimi. Vengono proiettate quindici diapositive che illustrano l'apparecchio e le varie fasi dell'intervento.

Il prof. EGIDI ritiene che il metodo sia particolarmente importante quando si hanno soltanto disturbi premonitori e non ancora ritenzione. Pensa che il metodo sia da applicare in coloro che non vogliono assoggettarsi ad un'operazione radicale od in coloro che per particolari condizioni non potrebbero sopportarla. Ricorda un apparecchio da lui ideato circa un anno e mezzo fa in tutto analogo a quello del Carthy, ma che non usufruiva del controllo visuale.

Il prof. ALESSANDRI risponde dimostrandosi d'accordo con Egidi in quanto riguarda le indicazioni circa l'applicazione dell'apparecchio nel trattamento preventivo, nei casi gravi ed in coloro che rifiutano l'intervento radicale. Afferma che non si possa, nè si debba parlare di applicazione di apparecchi che permettano soltanto interventi alla cieca e insiste sui particolari vantaggi dell'apparecchio di Mc. Carthy e sulla sua utile e facile applicazione.

Il V.-Segretario: E. TRENTI.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 27 maggio 1932.

Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Ricerche sulle forme itteriche nell'ittero emolitico.

Prof. MICHELI e G. DOMINICI. — Una bambina di 10 anni affetta da ittero emolitico fin dalla nascita, presentava l'eliminazione della bilina fecale ed urinaria attorno a valori normali, mentre la bilirubina del siero di sangue presentava valori insolitamente elevati (18-28 mmg. %). Le prove dirette ad ossidare questa bilirubina hanno dimostrato che si trattava di un corpo meno perfetto della bilirubina a reazione indiretta degli ordinari itteri emolitici, in uno stadio cioè di elaborazione meno avanzata.

Comportamento fisico chimico assai simile gli OO. hanno rilevato nella bilirubina dei neonati nei primi giorni di vita, e gli OO. pensano che nel caso descritto si tratti probabilmente di persistenza di caratteri fetali.

Sopra un caso di cisticercosi cerebrale.

Prof. CROVERI e dott. MARCOLONGO. — Gli OO. riferiscono un caso di cisticercosi multipla, ma mettono in evidenza la singolarità del quadro clinico, iniziatosi con epilessia durata due anni e seguita da un periodo di sei anni di tregua e quindi da crisi di cefalea accessionale durata otto mesi, a cui tenne dietro, dopo un altro periodo intervallare di circa un anno, un quadro finale di idrocefalo acuto.

Dal punto di vista anatomopatologico fanno rilevare come le maggiori lesioni encefalitiche siano in dipendenza dei due cisticerchi morti rinvenuti nella cavità del ventricolo laterale destro e del nucleo caudato, mentre che attorno al cisticerco vivo, situato nel lobo temporale, non si sono potute mettere in evidenza che le lesioni relative alla compressione esercitata dal parassita contenuto nella capsula fibrosa di reazione.

Prof. A. V. FERRARI. — *Raffronto tra il contenuto in glucosio del sangue e del liquido di bolla dopo somministrazione orale in individui affetti da eczema e da psoriasi.*

I raggi vitali o raggi mitogeni.

Dott. A. VACCARI. — Ha cercato di svelare questi raggi col metodo fotoelettrico e con apparecchi ad amplificazione e di altissima sensibilità. I risultati furono negativi; così pure col metodo elettroscopico. Ha pure assodato che le poltiglie di vegetali non dànno fenomeni di ionizzazione.

Invece le prove fotografiche riuscirono positive. Esperimentando in ambiente non biologico ha cercato di ottenere gli stessi effetti con reazioni ben definite. I risultati furono positivi sia nelle reazioni di ossidazione come nella scomposizione del perossido di idrogeno. Conclude ritenendo i raggi mitogeni come radiazioni secondarie alle reazioni chimiche che avvengono nei tessuti e nelle cellule e ritiene pure che sarà possibile colla teoria di Plank-Einstein calcolarne la frequenza.

VILLATA.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 12 maggio 1932.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Su alcuni interessanti casi di ascesso cerebrale di origine otitica.

Prof. C. FERRETTI. — L'O. inizia una dettagliata esposizione della patogenesi e delle vie di diffusione dell'infezione dell'orecchio medio all'encefalo. Si sofferma sulla sede, sul volume e sulla batteriologia dell'ascesso: passa poi a descrivere le varie forme anatomo-patologiche che distingue in: ascesso cerebrale unico ed ascesso cerebrale a focolai multipli (encefalite purulenta). Tratteggia rapidamente la sintomatologia del periodo latente e del periodo manifesto. Passa infine ad alcune considerazioni sul trattamento chirurgico riguardanti il momento dell'intervento e la via di accesso. Per conto suo, dà la preferenza alla via attraverso il focolaio osseo che ha provocato l'ascesso perchè questa via permette di compiere la pulizia chirurgica del focolaio infettante, ed in secondo luogo perchè permette l'evacuazione dell'ascesso con meningi aderenti e con minore pericolo quindi di meningite consecutiva.

Descrive tre casi di cui uno da otite cronica e due da otite acuta. Nel primo si trattava di ascesso cerebrale unico da otite cronica, operato e guarito. Nel secondo di ascesso cerebrale a focolai multipli da otite acuta operato e seguito da decesso dopo 20 giorni dall'intervento. Nel terzo di ascesso cerebrale diverticolare da otite acuta operato da 17 giorni ed in via di guarigione. A conclusione l'O. afferma:

1) L'ascesso cerebrale di origine otitica da otite acuta, pur essendo abbastanza raro, non è una evenienza eccezionale come da molti è ritenuta.

2) Grande importanza per l'esito ha la precocità e tempestività dell'intervento ed una metodica, scrupolosa cura postoperatoria, mirante specialmente ad assicurare il drenaggio dell'ascesso stesso, condizione necessaria e sempre molto difficile da ottenere. Per questo egli ritiene non doversi fissare su un metodo di drenaggio unico, ma adottare nel singolo caso il più conveniente, tenendo presente che in tutti i casi si deve compiere lo svuotamento dell'ascesso con medicazione almeno una volta al giorno.

Prof. G. VERCELLI. — Ritiene utile richiamare l'attenzione sul valore, specialmente prognostico delle ricerche batteriologiche e dei dati dell'esame del liquido cefalo-rachidiano. Clinicamente ricorda le difficoltà della diagnosi differenziale dell'ascesso in modo particolare con le diverse forme di meningite sierosa otogena (saccata, ecc.)

Prof. P. PIETRA. — *Presentazione di casi.*

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di casi.*

Dott. T. MENEGHINI. — *Sulla gravidanza tubarica doppia.* *Il Segretario*: Dott. LUIGI FERRERO.

Riunioni mediche fra i Sanitari dell'Ospedale di S. Spirito in Sassia (Roma).

Riunione del 30 aprile 1932.

Considerazioni radiologiche sulle metastasi ossee dei tumori.

Prof. T. LUCHERINI. — Presenta le radiografie di tre casi di cancri ossei diffusi a tutto lo scheletro tranne le ossa degli avambracci, mano, gambe e piedi, localizzazioni che concordano con la topografia osservata da tutti gli AA., meno che per la metastasi clavicolare qui presente e in genere negata da tutti. Espone considerazioni cliniche ed anatomiche sulla distribuzione delle metastasi cancerigne ossee.

Xantomatosi colesterinica familiare benigna.

D. PATRIGNANI. — L'affezione interessava quattro figli con accenni anche ai genitori, presentandosi con grosse tumefazioni giallastre occupanti i gomiti, le ginocchia, i glutei, le mani, che l'esame istologico rivelava costituite da grosse cellule birifrangenti riferite dagli AA. a cellule del sistema reticolo-endoteliale, e l'esame clinico da colesterina. Lo stato del sangue era normale tranne in uno dei giovani colpiti che aveva una colesterinemia del 6 %, però era in istato febbrile. In tutti i soggetti il siero di sangue era color giallo carota che l'O. definisce patognomico dell'affezione e gli fa avanzare l'ipotesi di un disturbo del ricambio colesterinico, per quanto non apparisse aumentata la colesterinemia; questo ultimo dato potrebbe attribuirsi al fatto che la colesterina è presente come molecola incompleta e non rivelabile con le comuni reazioni: alle cellule del s. r. endotelio e specie agli elementi istiocitari presenti nel derma spetterebbe la proprietà di completarla immagazzinandola nel protoplasma, così da dare il carattere peculiare degli xantomi cutanei.

Riunione del 7 maggio 1932.

FADINELLI. — *Un caso di meningite emorragica in soggetto giovane.*

I. NUVOLI. — *Importanza diagnostica e terapeutica della esofagoscopia e tracheobroncoscopia.*

Discussione: P. ALESSANDRINI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Valore semeiologico dei segni classici dell'enfisema.

Vi è in clinica un numero considerevole di malati che sono riuniti sotto la denominazione di enfisematosi. Ne esistono parecchi tipi assai nettamente differenti, fra i quali, sono frequenti i fatti di transizione. Essi sono descritti nei libri sotto le rubriche: Asma ed Enfisema, Enfisema e Bronchite cronica, Catarro ed Enfisema, Enfisema essenziale, Enfisema tipo Freund, ecc. Tutti hanno come punti comuni, al di fuori dei segni clinici e radiologici di rarefazione polmonare, la presenza di un elemento catarrale e l'evoluzione per crisi.

Se si vuole conservare al termine di enfisema il suo significato anatomo-clinico ed il suo valore prognostico, bisogna distinguere, dal punto di vista semeiologico, da una parte i segni di ispezione, di palpazione, di percussione e le immagini radiologiche che, secondo l'idea che noi ci facciamo attualmente dell'enfisema, corrispondono alla distensione polmonare anatomica, d'altra parte i segni di catarro bronchiale; fra questi, e allo stesso titolo dei rumori avventizî, le modificazioni stenoacustiche del rumore respiratorio, prodotte da due fattori: il catarro e lo spasmo.

Fatte queste restrizioni, non si dovrebbe fare a colpo sicuro la diagnosi di enfisema ad un primo esame, quando esso è praticato in periodo di catarro. Senza dubbio vi sono forti presunzioni in favore di questa diagnosi quando il quadro clinico è al completo, quando esista una particolare deformazione del torace e delle stigmate radiologiche. J. Minet e P. Dupire (*Revue de Méd.*, marzo 1932) ritengono nonpertanto che sia necessario rivedere i malati dopo trattamento. Accade allora frequentemente che la maggior parte dei segni siano scomparsi; in questo momento si potrà mettere in evidenza, con l'aiuto di tecniche appropriate, la diminuzione della capacità respiratoria, di cui la misura in periodo di catarro è illusoria.

Gli AA., convinti che la ripetizione degli accessi di catarro bronchiale dispneizzante sia all'origine della maggior parte degli enfisemi veri, ritengono che non sia indifferente considerare i malati che si osservano in periodo di crisi come enfisematosi o come affetti da catarro spasmodico.

In quest'ultima ipotesi si può, in effetti, con una terapia diretta contro il catarro bronchiale, sperare di ritardare il momento in cui i malati saranno definitivamente degli enfisematosi.

C. TOSCANO.

Su un piccolo segno di bronchiectasie rilevabile con lo studio della cinematica dei bronchi mediante lipiodol.

F. Piéchaud e C. Rudeau (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 marzo 1932) segnalano un nuovo segno di bronchiectasie rivelabile con l'osservazione radioscopica all'atto della iniezione transglottidea di piccole quantità di Lipiodol (5-10 cc.). In caso di bronchiectasie, ad ogni forte inspirazione, si osserva una dilatazione ampollare delle parti del bronco leso, mentre le altre cambiano assai poco il loro calibro.

Secondo questi autori si può così assistere al riempimento dell'ectasia bronchiale, che da cavità virtuale diviene cavità reale, e ritrarre una impressione cinematica delle lesioni bronchiali.

Tale accorgimento radioscopico, che va sempre completato con l'esame radiografico, non riesce dimostrativo quando i bronchi, per processi sclerotici, hanno perduto la loro normale elasticità.

E. LIVERANI.

CASISTICA.

La sindrome paralitica dell'apice orbitario.

E. Rollet (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 marzo 1932), descrive questa sindrome, data dall'occlusione completa della scissura sfenoidale e del canale orbitario, sindrome caratterizzata da oftalmoplegia totale, sensorio-sensitiva-simpatico-motrice.

Tale sindrome può esser provocata da tre grandi cause morbose: un processo neoplastico, o luetico, o traumatico.

Il processo neoplastico può essere primitivo, o da metastasi secondarie.

I tumori primitivi sono prevalentemente epiteliomi o sarcomi, che hanno come punto di partenza lo sfenoide, o la mucosa dei seni sfenoidali; i secondari hanno il focolaio primitivo in special modo nei carcinomi mammari o negli ipernefromi.

La lesione di origine luetica può essere o una periostosi dello sfenoide, o una gomma della capsula di Zinn.

Le lesioni traumatiche possono anch'esse avere una doppia natura: esser cioè derivate da fratture raggiate del cavo orbitario, oppure esser prodotte da un corpo estraneo incuneatosi nell'apice.

La sintomatologia, qualunque sia la causa del quadro morboso è unica:

Esoftalmo, talvolta intenso talaltra appena apprezzabile, dato da edema o imbibizione sierosa del tessuto lasso apicale.

Disturbi visivi, che possono arrivare fino all'amaurosi definitiva.

Disturbi della motilità, che vanno dall'oftalmoplegia parziale alla totale.

Disturbi della sensibilità, in tutto il territorio del n. oftalmico.

Cefalee, localizzate, continue o accessionali.

Cheratite neuro-paralitica, molto rara.

Disturbi simpatici, che sono sempre presenti, pur essendo a volte mascherati dalla contemporanea paralisi dei muscoli oculari.

Disturbi della circolazione venosa, sono scarsi, probabilmente per le numerose anastomosi delle vene oculari con quelle della faccia.

La *diagnosi* differenziale è facile: nelle paralisi alte dell'orbita, che son sempre dissociate, si ha tumore palpabile, chemosi, motilità oculare scarsa. Nei casi di lesione endocranica, il n. oftalmico non è il solo colpito, ma il trigemino viene ad esser interessato in tutte le sue branche.

La prognosi è infausta nei casi di lesione cancerigna, poco propizia anche nelle forme traumatiche, decisamente ottimista nelle localizzazioni luetiche, in cui, con una terapia tempestivamente iniziata, si può sperare in una guarigione completa.

M. PONS.

La sindrome chiasmatica flogistica.

Mentre le sindromi chiasmatiche di origine neoplastica o traumatica sono ben conosciute e differenziate, poco si conosce della sindrome infiammatoria del chiasma stesso.

J. Rollet (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 marzo 1932) ne illustra chiaramente il quadro: etiologicamente essa può esser data dai più vari agenti patogeni, la cui natura non sempre si riesce ad identificare. L'infezione si può avere per contiguità, da diffusione del processo morboso dai seni sfenoidali, o dalle meningi, oppure esser portata per via sanguigna o linfatica.

Poco note sono ancora le alterazioni anatomo-patologiche; si possono avere disturbi di vascolarizzazione, o edemi, o formazione di essudati, che allora, comprimendo il chiasma simulano il quadro clinico della neoplasia.

Mentre nei quadri dati da neoplasmi o da fratture si ha costante l'emianopsia bitemporale, questa è rara nelle sindromi flogistiche.

In queste si ha quasi sempre, fin dall'inizio, una diminuzione del visus, con scotoma centrale uni o bilaterale, indice di una alterazione elettiva del fascio maculare.

Inoltre si hanno modificazioni periferiche del campo visivo, — riduzione notevole del quadrante supero-esterno, minore del quadrante supero-interno, quasi insignificante del quadrante infero-esterno. Mentre nei tumori l'ultimo quadrante colpito è il supero-interno, nei processi flogistici è invece l'infero-interno: e questo perchè l'infiammazione aggredisce più facilmente il bordo posteriore e la faccia inferiore del chiasma e della benderella ottica.

Clinicamente si può avere una forma chiasmatica tipica, simile alla neoplastica, o una forma tipo nevrite retrobulbare acuta, bilaterale, o ancora una forma con sintomi meningei, i quali dominano il quadro clinico.

La diagnosi differenziale deve prendere in considerazione la sindrome chiasmatica neoplastica, la nevrite retrobulbare tipica, e le affezioni morbose encefaliche e meningee.

La prognosi varia secondo l'agente patogeno: se questo è individuato, si tenti la sieroterapia specifica. Se siano consigliabili interventi chirurgici nelle forme croniche, sarebbe prematuro affermarle.

M. PONS.

Le nevriti retrobulbari.

La nevrite retrobulbare è una sindrome oftalmologica caratterizzata da una diminuzione uni o bilaterale della capacità visiva limitata per lo più alla visione centrale, cioè con scotoma centrale assoluto o relativo. Anatomicamente si ha una degenerazione del fascio papillo-maculare.

L. Panfique (*Journ. de Médecine de Lyon*, 20 marzo 1932) fatto un rapido cenno storico della sindrome, ne espone diffusamente la patogenesi e il quadro clinico.

La sintomatologia è data anzitutto dalla diminuzione del potere visivo, che è più o meno completa, e la cui causa molto facilmente si rivela all'oftalmoscopio. Talora il p. non ha la sensazione subiettiva dello scotoma centrale, ma solo accusa come un annebbiamento uniforme della vista. All'esame dell'occhio la papilla, all'inizio, è integra; in un periodo più avanzato si scorge un lieve pallore di essa, pallore che, se la forma passa allo stato cronico, si farà sempre più intenso.

Le cause della nevrite retrobulbare si possono dividere in 5 gruppi:

1) Nevriti tossiche, dovute specialmente all'alcoolismo cronico, e, in casi molto più rari a intossicazioni professionali (solfuro di carbonio) o terapeutiche (arsenico, o ad autointossicazioni (diabete).

2) Nevriti da infezioni del nevrasse, che si hanno specialmente nella sclerosi in placche, di cui anzi possono essere uno dei primi sintomi.

A questo gruppo appartengono le nevriti luetiche, da b. di Koch (rarissime) o da infezioni acute generali.

3) Nevriti da infezioni di origine nasale o dei seni, frequenti specialmente nel corso di sinusiti sfenoidali.

4) Nevriti da compressione del nervo ottico, sia per tumori dell'orbita che, più specialmente per tumori della regione ipofisaria.

5) Nevriti da infiammazione del bulbo oculare.

La diagnosi di nevrite non presenta particolari difficoltà; più importante è indagare sulla causa che l'ha provocata, onde poter praticare una adatta terapia non tanto locale, quanto generale, sia questa terapia esclusivamente medica, come nella forma luetica, o essenzialmente chirurgica, come nelle nevriti da sinusiti sfenoidali.

La prognosi in generale è favorevole, se si interviene prima che sia iniziata l'atrofia del n. ottico; solo nelle nevriti da sclerosi in placche è nettamente sfavorevole.

M. PONS.

Paralisi oculari e herpes dorsolombare.

Le paralisi oculari che sopravvengono nel decorso dell'infezione erpetica si osservano di norma quando la lesione viene a interessare il nervo oftalmico. Vi sono dei casi però in cui la regione in cui si manifesta lo zoster è molto lontana, e difficilmente perciò si può spiegare la consecutiva paralisi oculare come una diffusione del processo per contiguità.

L. Morenas e A. Colrat (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 marzo 1932) descrivono un caso, capitato alla loro osservazione, di paralisi dell'oculo motore esterno, consecutivo ad erpete dorso-lombare dello stesso lato.

Gli autori, ricordato che tale associazione morbosa si presenta solo raramente, e ben pochi casi sono descritti nella letteratura, avanzano l'ipotesi, del resto già in rarissimi reperti autoptici confermata, che l'infezione erpetica, la quale di solito produce solo una lieve reazione meningea circoscritta, possa, in soggetti di età avanzata, o in condizioni generali cattive, penetrare nel nevrasse, e lungo questo venire portata ai nuclei endocranici.

M. PONS.

I colori di confusione nei daltonici.

Pollack (*Acad. des sciences*, 9 nov. 1931) ha dimostrato che i colori di cui la confusione è comune a tutti i daltonici sono: il blu, il violetto, il porpora ed il blu verdastro.

La saturazione di questi colori è variabile secondo i gradi dell'anomalia.

La confusione dell'arancio e del verde giallastro è estremamente frequente, mentre quella del rosso e del verde lo è molto meno.

Lo studio del daltonismo andrebbe ripreso.

fil.

TERAPIA.

La vaccinoterapia nelle infezioni gengivo-dentarie.

La vaccinoterapia come osserva Thibault (*Paris Médical*, n. 38, 1931) è utile nelle infezioni acute e croniche delle gengive e dei denti purchè applicata nei casi adatti e secondo precise modalità tecniche. Tra le infezioni gengivo-dentarie croniche è nella piorrea alveolare dove si è fatto il più largo uso della vaccinoterapia, sotto forma di stock ed autovaccini, iniettati per via sottogengivale o per via sottocutanea.

Gli autovaccini, difficili a prepararsi, sono di uso limitato; molto adottati sono invece gli stock vaccini polivalenti preparati con culture di quei germi che più frequentemente danno la piorrea (streptococchi, stafilococchi, ecc.).

Secondo recenti vedute di alcuni A. i quali ritengono che reumatismi, endocardite maligna, ulcera gastrica, nefrite, ecc. sono provocati dai germi delle infezioni croniche gengivali e dei granulomi apicali, si è tentata una terapia con i vaccini preparati con i germi di tali infezioni.

Solis e Cohen sono riusciti persino ad isolare dei germi verso i quali l'infermo non è immunizzato, e con questi hanno preparato dei vaccini da usarsi a piccole e progressive dosi, ma i risultati di tale vaccinoterapia eseguita con germi di origine focale non sono stati troppo soddisfacenti.

Nelle infiammazioni acute d'origine dentaria la vaccinoterapia può essere preventiva e curativa: la preventiva serve a prevenire le complicazioni infettive in tutti i traumatismi dentarî accidentali od operatorî (estrazioni difficili, resezioni di mascellari, ecc.), la curativa può essere usata nella maggior parte delle suppurazioni acute d'origine dentaria (osteoflemmoni, adenoflemmoni, adeniti, celluliti acute, ascesso periamigdalico, angina di Ludwig) associata, s'intende bene, al trattamento chirurgico, specie l'ablazione del dente causale.

Il trattamento vaccinico, che dovrà essere completato a tempo opportuno e a seconda dei casi con un appropriato intervento chirurgico, potrà essere praticato quotidianamente od a giorni alterni.

La qualità del vaccino, da usarsi a dosi crescenti, sarà in funzione della natura del processo morboso: si useranno vaccini di streptococchi non emolitici e diplococchi catarrali nelle infezioni che hanno colpito l'osso, vaccini antigangrenosi nelle infezioni in cui predominano gli anaerobi, ecc.

Inconveniente della vaccinoterapia può essere la reazione febbrile troppo elevata, la vaccinoterapia è quindi controindicata negli individui defedati, nei cardiaci e nei renali; in costoro si tenterà di ricorrere alla fagoterapia, o con prudenza, alla colloidoterapia.

R. GARBINI.

La vaccinoterapia nell'artrite gonococcica.

A. Wiedmann (*Wiener klin. Wochens.* 22 genn. 1932) ha ottenuto buoni risultati con l'uso del vaccino gonococcico a dosi da 1/4 a

2 cmc. Le iniezioni endomuscolari, però, ebbero scarso o punto effetto, mentre questo fu evidente dopo che le iniezioni vennero praticate nei tessuti periarticolari.

Le prime iniezioni endomuscolari di 1/4 di cmc. avevano provocato reazione; in seguito questa venne a mancare anche con 2 cmc. I movimenti articolari, dopo una quindicina di giorni dall'inizio delle iniezioni periarticolari, divennero liberi e del tutto indolori.

Questo trattamento costituisce una stimoloterapia, che è però controindicata se vi sono elevazioni spontanee di temperatura od una tubercolosi concomitante. *fil.*

La meccano-vaccino-terapia del tracoma e delle sue complicanze corneali alla luce di nuovi criteri anatomici, batteriologici e clinici.

C. Addario (*Annali di Oftalmologia*, 7 agosto 1931) discute sul valore etiologico del *bacterium granulosis* del Noguchi, ricordando anche gli studi di Olitsky che dimostrarono detto batterio capace di produrre il tracoma nelle scimmie, e il proprio esperimento umano pure positivo.

Ricorda come questo microrganismo ha una sede profonda e una sede superficiale, come quello che si trova per entro ai noduli, e sparso anche nelle lagrime. Considera il tracoma quale espressione di due processi patologici caratteristici che sono il granuloma specifico e la flogosi reattiva.

Discusso poi sul valore terapeutico del vaccino specifico del tracoma, che egli chiama *vaccino di Noguchi*, fa sapere che questo vaccino per sè stesso non modifica nè distrugge il nodulo, ma ha una sicura azione battericida e antiflogistica. Esso direttamente guarisce le alterazioni poco profonde, come per es. il panno corneale, e completa poi la scomparsa dei noduli dopo che questi sono stati meccanicamente squarciati o spremuti. Consiglia perciò per curare il tracoma di applicare il vaccino dopo aver praticato la cosidetta *cura traumatica*, consistente nell'abrasione della congiuntiva, fatta collo strisciamento di una lama tagliente, oppure nello smungimento energico dei noduli, fatto o schiacciandoli fra le unghie, o colla pinza di Knapp. Riporta 45 casi trattati in questo modo e coronati da successo.

G. O.

Sieroterapia della peritonite.

Dick (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, 154, 2) ha attuato in circa 100 casi di peritonite la sieroterapia usando per via peritoneale al momento dell'intervento, e successivamente per via intramuscolare ed endovenosa, antitossine contro il *B. coli* e contro gli anaerobi.

Con tale trattamento la mortalità delle peritoniti generalizzate sarebbe discesa da 35 % a 25,5 %, e la mortalità generale delle appendiciti da 4,3 % a 2,5 %.

L'A. ha anche usato la sieroterapia preventiva con buoni risultati.

Tali pratiche non sono esenti da pericoli talora letali (shock anafilattici, ecc.) per prevenire i quali è utile un'iniezione desensibilizzatrice di una piccola quantità di siero o la somministrazione del siero in dosi frazionate o la introduzione lentissima del medicamento. Con tali accorgimenti l'A. non ha avuto a lamentare incidenti. Egli ritiene che la sieroterapia rappresenti un notevole aiuto della terapia chirurgica delle peritoniti.

P. STEFANINI.

Il trattamento delle reazioni da siero.

H. Vincent (*Bull. Acad. médecine*, 19 aprile 1932) consiglia a tale scopo la medicazione benzo-salicilica.

Alla comparsa delle prime manifestazioni, si fa prendere ogni ora (in seguito ogni 2 ore) un cucchiaio di una pozione contenente 6 grammi di salicilato di sodio ed altrettanto di benzoato di sodio in 200 cmc. di eccipiente. Nel bambino, le dosi saranno minori. È utile diluire ogni dose in tè leggero od in altra tisana calda.

I sintomi reazionali locali e generali si arrestano generalmente dopo poche ore. La febbre cade, gli edemi e le eruzioni si attenuano lentamente, ma sopratutto cessa il prurito.

In caso di individui sensibilizzati da un'iniezione di siero antecedente, l'ictus morboso è più grave e le eruzioni sono più intense; in tali casi, la medicazione indicata e rinnovata quante volte è necessario attenua o fa scomparire gli incidenti al 1°-2° giorno.

Applicato quando la reazione allergica è già del tutto scatenata, il metodo ha pure i suoi effetti sebbene meno evidenti.

La medicazione può anche usarsi in senso profilattico in individui già sensibilizzati per iniezioni precedenti. *fil.*

La cura del tetano.

Leslie Cole (*The British Medic. Journ.*, 23 aprile 1932) riferisce su 10 casi di tetano e trae occasione da questi per sostenere la necessità di fare uso dell'antitossina profilattica.

La diagnosi dev'essere fatta più presto possibile e subito dopo fatta la diagnosi bisogna iniziare la cura. Sintomi precoci sono il dolore e la rigidità del dorso e del collo. Non va trascurata la cura della ferita che è stata la porta d'ingresso dell'infezione.

L'antitossina dev'essere adoperata a forti dosi anche per via endovenosa e contemporaneamente si devono somministrare sostanze che sistematicamente giovino riducendo spasmi e dolori e fra queste sostanze è utile l'avertina.

Si deve anche nutrire bene il malato e dargli glucosio in forte quantità.

Il Cole ebbe 5 morti su 10 casi. Nei riguardi della prognosi egli conferma che la lunga incubazione è indice prognostico meno grave dell'incubazione breve e l'età avanzata è causa aggravante della malattia. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Studi sulla rivivificazione.

La morte improvvisa fu provocata da J. O. Wanger e S. N. Blackberg (*Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, febbr. 1932) in 52 gatti e 29 cani mediante anestetici volatili, asfissia, emorragia ed elettrocuzione.

Sebbene sembri che circolazione e respirazione siano indipendenti, perchè può cessare il respiro mentre la circolazione continua ancora (nel 96 % degli esperimenti), i due sistemi sono dipendenti l'uno dall'altro nel senso che la paralisi dell'uno provoca poi anche paralisi dell'altro. Quindi concetto terapeutico fondamentale in questi casi di morte rapida dev'essere quello di ripristinare circolazione e respirazione. Bisogna quindi fornire ossigeno e facilitare l'eliminazione dell'anidride carbonica.

In 53 esperimenti le misure risuscitanti sono consistite solo nella respirazione artificiale. In alcuni casi fu efficace, in altri no e fu efficace in animali considerati morti, ma in cui l'elettrocardiogramma indicava la persistenza di pulsazioni cardiache. La respirazione artificiale sola fu inefficace in casi in cui cuore e polmoni non funzionavano più nemmeno in minima misura.

In 44 esperimenti fu provata la circolazione artificiale accompagnata da respirazione artificiale, da compressione dell'addome, o da compressione del torace o da massaggio del cuore.

82 esperimenti furono fatti per stabilire un piano definitivo di soccorso da prestare in casi di arresto di respiro e di circolo. Fu usato come stimolante cardiaco l'adrenalina per via endovenosa o intracardiaca.

Gli AA. ritengono che per far risuscitare animali morti per etere, cloroformio, emorragie, scariche elettriche si deve mettere l'animale in posizione supina, fare la respirazione artificiale colla compressione manuale del torace finchè si potrà cateterizzare o cannulizzare la trachea; poi si continuerà la respirazione artificiale con mezzi meccanici e si applicherà una cintura addominale. Poi si immetterà nella vena femorale soluzione glucosata e si inietterà adrenalina nelle vene. Se entro 3' il cuore non riprende a battere si ripeterà l'iniezione di glucosio e di adrenalina.

R. LUSENA.

VARIA

Spirito e corpo.

La clinica e l'esperimento accumulano ogni giorno fatti nuovi comprovanti l'azione dello spirito sul corpo.

Tra funzioni psichiche e funzioni somatiche c'è una interdipendenza reciproca che oramai non si può più negare.

Come le condizioni organiche hanno un'influenza manifesta sul tono affettivo e sul corso delle idee, così lo spirito influisce sulle singole attività fisiologiche e sui processi patologici.

J. Bonjour (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1931, n. 11) ricorda come clinici della maggiore autorità e di indiscutibile buona fede abbiano osservato la produzione di lesioni anatomiche ed alterazioni umorali in seguito alla sola azione dello psichismo: verruche, condilomi, acuminati, eczema, orticaria, febbre da fieno, eritema, manifestazioni generali e locali da idiosincrasia.

Reciprocamente vi sono osservazioni che dimostrano incontestabilmente che a mezzo della suggestione si può ottenere la guarigione dell'ulcera gastrica, dell'ulcera corneale, delle ulceri da geloni, delle iriti, e che si può provocare il parto ad un'ora determinata.

Bordet dimostrò l'azione dello stato emotivo nelle infezioni. Applicò sotto la pelle dell'orecchio di conigli tubi pieni di culture virulenti, e poi sottopose alcuni di questi conigli a scosse violente, lasciando gli altri in riposo. In capo a qualche ora constatò che in questi ultimi i tubi erano ripieni di leucociti, mentre negli animaii sottoposti a scosse i tubi contenevano ancora un liquido virulento senza leucociti. Ciò prova che l'emozione nei conigli impedisce la moltiplicazione dei leucociti o il loro attacco contro l'invasore, mentre negli animali tranquilli la difesa leucocitaria avviene automaticamente.

È noto il fatto che durante le epidemie, specie di quelle di colera, sono più facilmente colpiti coloro che più hanno paura del contagio.

Non è dubbio che lo stato emotivo ha una influenza decisa sulle infezioni e sulla immunità.

Al riguardo sono di grande interesse le ricerche di Metalnikof, il quale ha applicato alla formula leucocitaria ed all'agglutinazione la dottrina dei riflessi condizionali di Pavlow.

Metalnikof ha proceduto così. Ha fatto sentire ad alcuni conigli un suono musicale e nello stesso tempo grattava loro dolcemente il corpo; poi ha iniettato sotto la pelle dell'orecchio culture di colera rese avirulente con il calore. Ha ripetuto quotidianamente tutte e tre queste operazioni per tre settimane,

e quindi ha lasciato tranquilli gli animali fino a che la formula leucocitaria ritornava normale. Allora ha sottoposto gli stessi animali al riflesso del suono musicale. In capo a 3-5 ore si constatava che il numero dei leucociti nel sangue e nel liquido peritoneale diventava triplo, mentre rimaneva normale nei testimoni.

Nicolau e Antinescu hanno ripetuto l'esperimento su 15 conigli ottenendo il medesimo risultato.

Con esperimenti analoghi Metalnikof, Nicolau e Antinescu rilevarono che il solo stimolo condizionale determina l'aumento del potere di agglutinazione del sangue in conigli precedentemente trattati con lo stesso stimolo (suono musicale ed iniezioni di vibrioni colerici avirulenti).

Adunque come nelle classiche ricerche di Pavlow la secrezione della saliva, del latte, del succo gastrico può essere provocata da uno stimolo sensoriale condizionato indipendentemente dagli stimoli ordinari che determinano tale secrezione, così gli anticorpi sono secreti dalle cellule dall'azione isolata di stimoli che precedentemente hanno agito contemporaneamente agli antigeni, e questa funzione secretiva è governata automaticamente dal sistema nervoso. Dopo l'immunizzazione gli organi s'adattano agli antigeni ed acquistano la proprietà di produrre anticorpi, proprietà che si conserva anche quando sono scomparsi gli anticorpi, che, come hanno dimostrato le brillanti ricerche, possono riprodursi come effetto di un riflesso psichico.

In un terzo esperimento gli stessi conigli a 3-4 settimane dall'esperimento precedente furono infettati con culture virulente di vibrioni colerici, e di essi alcuni furono sottoposti allo stimolo condizionale, altri furono lasciati tranquilli.

Questi ultimi morirono tutti, mentre i primi sopravvissero.

Così l'immunità diventa non soltanto un fenomeno biologico e fisico-chimico, ma anche psicologico.

Le esperienze di Metalnikof danno ragione di molti fatti per lo passato ritenuti sorprendenti e miracolosi ed aprono nuovi orizzonti alla scienza, suscitano rosee speranze terapeutiche.

Sta di fatto che quel che si è potuto provare per l'immunità batterica è possibile anche per la reazione dell'organismo di fronte a sostanze chimicamente definite.

Al riguardo è a ricordare l'osservazione di Nägeli e de Quervain (*Klinische Wochenschrift*, 1930, n. 30), i quali constatarono che un individuo affetto da sciatica era colpito da eritema ogni qual volta prendeva antipirina. Dopo qualche tempo lo stesso individuo soffrì polmonite, gli si propinò antipirina che determinò eritema, il quale ricomparve di nuovo a distanza di tempo quando il soggetto ebbe una nuova polmonite ed in occasione di un infortunio. Nè l'una nè l'altra volta egli aveva preso antipirina.

Gli autori procedettero allo studio del caso che presentava il singolare fenomeno. Asportarono un pezzo d'epidermide sana ed un pezzo di epidermide eritematosa e li trapiantarono sostituendo l'uno all'altro. Quindi somministrarono antipirina: si rimanifestò l'eruzione e diventò eritematoso il pezzo trapiantato di cute sana, mentre il pezzo di cute precedentemente eritematosa trapiantato nella zona di cute sempre rimasta integra non presentò alcuna reazione.

Il fatto che la reazione eritematosa si manifesta sempre nella stessa zona dapprima in seguito all'azione del farmaco e poi come semplice reazione emotiva prova che il fenomeno è d'origine psichica e si estrinseca attraverso le medesime vie nervose.

L'irritazione cutanea si produce dove l'attenzione cosciente o incosciente del soggetto è concentrata.

L'influenza dello psichismo sulle funzioni organiche può spiegarsi ammettendo che esso provochi azioni vasomotorie che eccitano o smorzino l'attività dei tessuti.

L'origine o la causa di questi riflessi è ora meno oscura.

Lo spirito o lo psichismo può attraverso interazioni varie eccitare o paralizzare la secrezione delle glandule endocrine e delle secrezioni esterne, regola il pH, il chimismo del calcio e del potassio, provoca l'ipertrofia o la distruzione dei tessuti, eccita o inibisce la produzione degli anticorpi ed il loro versamento in circolo. *argo.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 2966:

In francese: Saidmann: « Les rayons ultra-violettes en thérapeutique ». Doin, édit.

Manca in italiano un manualetto corrispondente. Buono il manualetto Hoepli del dott. Matteucci (con prefazione del Baglioni) su tutta l'elio-fototerapia. E. M.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

S. VESCIO. *Osservazioni pratiche su quattro casi di malaria emoglobinurica.* — Rinas. Medica, Napoli, 1930.

C. ARRIGONI. *Sanatorii di pianura.* — Tip. E. Zerboni, Milano, 1930.

P. RE y D. POTICK. *Estudio de los desalbruninantes y del metodo de Folin para el dosaje de los aminoacidos en la sangre.* — Rev. Soc. Arg. Biologia, 1929.

C. TEDESCHI. *L'organizzazione Sanitaria Coloniale e il medico coloniale.* — Rinnovamento Medico, Napoli, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). *Congregazione di Carità*. — Scad. 10 ott.; chirurgo direttore e medico aiuto chirurgo; età lim. rispett. a. 35 e 40; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 21 giu.; stipendi rispettivam. L. 14.000 e L. 8.000; partecipaz. Pel direttore: titolo di specializzaz. o biennio di aiuto chirurg. in ospedale non infer. a 100 letti.

BERGAMO. *Istituto Ortopedico Matteo Rota*. — Scad. 15 ag., ore 17; medico assistente; L. 3360 annue più alloggio nell'Istituto (obbligatorio) e percentuale sui proventi d'esercizio; età lim. 30 a.; veglie di L. 25; nomina e conferme biennali, fino a 40 a.; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di « S. Agostino »*. — Scad. 31 lug.; chirurgo primario direttore; L. 12.000 oltre L. 1000 serv. att., L. 1339,50 c.-v., con le limitazioni di legge; riduz. 12 %; 65 % onorari abbienti per operazioni chirurgiche e visite di ambulat., 40 % gabinetto radiologico e cure fisiche; età lim. 35 a.

CASTRO DEI VOLSCI (*Frosinone*). — Scad. 15 sett.; 2ª cond.; L. 9500 da ridurre del 12 % e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc., addizionali L. 4 e L. 5 oltre 1000 e 2000 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CATANZARO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 16 ag. Direttori tecnici dei Dispensari di Nicastro, Crotone e Vibo Valentia; L. 6000 oltre indenn. serv. att. L. 1500; nomina quinquennale. Direttore tecnico della Sezione dispensariale di Tropea; L. 4000; nom. triennale. Conferme per uguali periodi. Età lim. 45 a. al 15 giu.; tassa L. 50,10.

CIVITELLA S. PAOLO (*Roma*). — Scad. 15 ag.; L. 10.500 ridotte del 12 % per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadrienni dec.; L. 352 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

DIANO MARINA (*Porto Maur.*). — Scad. 31 lug.; L. 7500 e 10 bienni ventes., addizion. L. 5 sopra i 500 pov., L. 2000 cavalc., L 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

FABRIANO (*Ancona*). — Tre condotte medico-chirurgiche residenziali di Albacina-Collamato-Sant'Elia. Stipendio iniziale L. 9000; cinque aumenti quadriennali del decimo; indennità caro viveri come per l'altro personale del Comune; abitazione gratuita; indennità di L. 3000 o di L. 2000 a seconda che l'eletto si servirà come mezzo di trasporto per la generalità degli abitanti dell'automobile, cavallo o della motocicletta. Ritenute di legge oltre quella del 12 %. Documenti di rito. Età non superiore agli anni 35 salvo eccezioni di legge; limite di età aumentato di cinque anni per gli ex combattenti. Scadenza ore diciotto del 20 agosto.

GENOVA. *Municipio*. — Due posti di medico igienista di 2ª classe. Per titoli e per esami. Stipendio annuo lordo L. 14.000 con dieci aumenti biennali di L. 450, oltre indennità temporanea di caro-viveri nella misura di legge. Tutto soggetto a riduzione del 12 %. Documenti di rito ed inoltre laurea in medicina e chirurgia conseguita da almeno due anni, certificato dei voti degli esami, diploma di ufficiale sanitario, fotografia autenticata. Assunzione servizio entro quindici giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza ore diciasette del 15 settembre 1932.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Per titoli ed esami. Posto di medico direttore del Consorzio, direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 17.800, elevabile a L. 20.500, mediante due scatti quadriennali, rispettivamente di L. 1200 e L. 1500; indennità di servizio attivo L. 5500. Riconoscimento, limitatamente ad un quadriennio, del servizio già prestato in posti di ruolo di pari grado e specie. Età massima anni 45, salvo eccezioni di legge. Per maggiori schiarimenti, rivolgersi all'Amministrazione del Consorzio, che, a richiesta, invia copia integrale del bando di concorso. Scadenza 30 settembre 1932.

MONSANVITO (*Ancona*). — Per titoli: condotta medico-chirurgica con incarico del servizio all'Ospedale. Scadenza 15 agosto. (Vedere precedente N. 28).

POMPEI (*Napoli*). — Scad. 15 sett.; L. 9500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; certificato punti negli esami di laurea e speciali.

PONTEBBA (*Udine*). — Scad. 5 agosto; consorzio; 2° reparto; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., L. 500 uff. san.; c.-v.; riduz. 12 %.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Posto di 2° assistente medico nel Sanatorio Umberto I. Per titoli ed eventualmente esame; età non superiore ai 35 anni; documenti di rito; stipendio lordo L. 6200 (con cinque aumenti biennali del decimo), più indennità di carica di L. 2500 annue; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione, via E. De Amicis 45-A, Milano. Scadenza 30 luglio.

RAPAGNANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 8 ag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; direz. Ospedale.

S. LUCIDO (*Cosenza*). — Scad. 30 sett.; L. 6500, oltre L. 600 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

SANT'ORESTE (*Viterbo*). — Scad. 25 ag.; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 352 se uff. san., L. 1056 arm. farm.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 giu.

TAGLIOLO BELFORTE (*Alessandria*). — Scad. 30 sett.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TAIPANA (*Udine*). — Scad. 10 ag.; rivolgersi Municipio.

VOBARNO (*Brescia*). — Scad. 20 ag.; 2ª cond.; L. 8800 oltre c.-v., L. 2640 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Gustavo Gasperini ».

Presso la R. Università degli Studi di Firenze è aperto un concorso per un premio biennale per l'ammontare di L. 2400 intitolato al nome di « Gustavo Gasperini » da conferirsi al migliore lavoro originale pubblicato sopra argomenti di idrologia medica a preferenza con indirizzo biologico e sperimentale. Potranno concorrere al premio studiosi del Regno e delle Isole dell'Egeo. Le domande in carta bollata da L. 3 dovranno essere indirizzate, insieme al lavoro, alla Segreteria dell'Università (piazza S. Marco 2), entro il 31 ottobre 1932. Il premio è unico ed indivisibile. La Commissione giudicatrice del premio emetterà il suo giudizio inappellabile entro il mese di novembre successivo. A concorso ultimato i concorrenti potranno procedere al ritiro del loro lavoro.

Premio Vise

L'Accademia di Medicina di Barcellona offre il premio Vise di 15.000 pesetas (circa 25.000 lire it.) per il lavoro giudicato migliore concernente l'eziologia o la patogenesi del cancro. Scad. 31 maggio 1934. Per informazioni rivolgersi al: secretario de la Academia de Medicina, Barcelona, Spagna.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio della Facoltà medica di Pavia, con votazione unanime e lusinghiera, ha proposto il passaggio del prof. Pietro Di Mattei, incaricato di farmacologia e tossicologia, a ordinario.

Rallegramenti al giovane e illustre studioso.

Il prof. André Lemierre, di batteriologia nella Facoltà medica di Parigi, è trasferito, con decorrenza dal 1° ottobre, alla cattedra di clinica delle malattie infettive nella stessa Facoltà, in sostituzione del prof. Pierre Teissier, deceduto.

Il dott. Edgar Wöhlisch, di Heidelberg, è chiamato alla cattedra di fisiologia dell'Università di Würzburg.

DICHIARAZIONE

Sull'immunizzazione dell'uomo contro le malattie tubercolari.

Riceviamo:

Poichè da qualche parte si comincia a ripetere ancora: che il vaccino italiano rivolto a premunire l'uomo dalle malattie tubercolari, composto come è noto di bacilli morti è, sì, sicuramente innocuo ma poco attivo e per brevissimo tempo, mentre solo i bacilli vivi sarebbero capaci di dare immunità più forte e più duratura, credo opportuno il ricordare per conoscenza ai medici che non si occupano « ex professo » di questi studi:

1) che la affermazione di limitata efficacia dei bacilli morti è basata esclusivamente sopra esperimenti di alcuni esperimentatori, sopra animali e specialmente sulle cavie, *non sull'uomo;*

2) che questo dato di fatto non deve essere taciuto poichè, omai, universalmente si conviene *che tutti gli esperimenti fatti sulla immunizzazione degli animali,* non hanno valore per ciò che riguarda la immunizzazione dell'uomo;

3) che il tacerlo dà luogo ad affermazioni non vere e pregiudizievoli alla diffusione dell'innocuo vaccino italiano a bacilli morti.

Ciò premesso prego coloro che parlano o scrivono sulla immunità tubercolare, a specificare che è sugli animali e specie sulle cavie che i bacilli morti si sono dimostrati, nelle mani di alcuni sperimentatori, poco o punto efficaci (dico alcuni, perchè sono in maggioranza quelli che li trovarono efficaci). E li prego altresì, ove ne abbiano, a citare osservazioni da essi o da altri fatte sull'uomo che provino questa asserzione. A mia conoscenza non ne esiste alcuna.

E questo chiedo in nome di quella onestà che deve sempre guidare nelle polemiche scientifiche.

Nell'osservare tutto questo, riconosco però che le dette affermazioni erronee, sono abitualmente pure e semplici ripetizioni; perchè nella massima parte dei casi, chi le dice, ripete in buona fede ciò che ha letto od inteso, non quello che esso stesso ha veduto. Prof. E. MARAGLIANO.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno Nazionale della Società Italiana di Pediatria.

È stato approvato da S. E. il Capo del Governo ed avverrà in Perugia il 18 settembre prossimo, cioè subito prima del III Congresso di nipiologia (dal quale il convegno è indipendente). La discussione si svolgerà, in linea generale, con questo ordine: siero-profilassi e sieroterapia (comunicazioni cliniche, statistiche, sperimentali); vaccino-profilassi (comunicazioni cliniche, statistiche, sperimentali).

I soci della Società italiana di Pediatria e tutti i medici che si occupano dell'argomento debbono inviare i titoli delle loro comunicazioni alla presidenza entro il 10 agosto; dopo questa data non saranno più accettate.

Con ulteriori comunicazioni verranno date notizie sulla riduzione ferroviaria, sulle modalità per la prenotazione degli alberghi, sul programma definitivo delle sedute, sulla sede di queste, ecc.

Per informazioni, rivolgersi al presidente della Società Italiana di Pediatria, prof. G. B. Allaria (corso Bramante 29, Torino).

5° Convegno dei tisiologi lombardi.

Si è svolto a Cremona il 12 giugno, con l'intervento di oltre 200 medici. Il prof. Alfieri tenne una lezione ascoltatissima sulle interferenze tra tubercolosi e gravidanza. Il prof. D'Alessandri riferì sul virus filtrabile, provocando una discussione animata. Il prof. Introzzi riferì sul linfogranuloma; seguì un serrato dibattito cui parteciparono Carpi, Cesa-Bianchi, Ferrata, Pepere ed altri; seguirono varie comunicazioni della scuola di Ronzoni in argomento. I convenuti visitarono le Colonie padane-cremonesi; S. Rizzi tenne un discorso sull'organizzazione dell'assistenza infantile da parte del Consorzio Antitubercolare attraverso i Dispensari. Chiuse il convegno un vibrante saluto del presidente sen. prof. Maragliano.

3° Congresso dei medici dell'O. N. B.

Avrà luogo in Roma, presso la sede della R. Accademia di Educazione Fisica e Giovanile al Foro Mussolini, il 30 luglio.

3° Congresso francese di chirurgia estetica.

La « Société Scientifique Française de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique » terrà il suo venturo congresso a Parigi nei giorni 7 e 8 ottobre, sotto la presidenza del dott. Dartigues. Durante il congresso avrà luogo un'esposizione di strumenti, modelli e libri concernenti la chirurgia estetica. Le comunicazioni vanno indirizzate d'urgenza. Per informazioni rivolgersi al segretario della Società dott. Ch. Claoué, rue Singer 1, Paris (16e).

La Società ha tenuto una seduta il 16 giugno.

Conferenza sul cancro nell'Africa meridionale.

L'Amministrazione provinciale del Transvaal ha convocato gli Enti ospedalieri, le Associazioni mediche e scientifiche a una conferenza sul cancro, che avrà luogo a Johannesburg, in epoca da stabilirsi. Scopi della conferenza saranno: 1° la fondazione di un Istituto nazionale di oncologia, sotto il controllo del Governo; 2° la costituzione di una Società per la lotta contro il cancro; 3° la propaganda; 4° l'acquisto di una « bomba » di radium.

La 5ª Giornata medica di Amiens.

Si è tenuta il 19 giugno, con l'intervento di molti medici e dentisti, sotto la presidenza del gen. med. Langlois. Molto apprezzata fu una conferenza del prof. Bezançon, della Facoltà medica di Parigi, sulla radio-diagnosi delle pleuriti siero-fibrinose tubercolari.

Ambulatorio per la profilassi antivenerea in Roma.

È stato aperto in Roma, alle dipendenze dell'Ufficio del Medico provinciale, un ambulatorio per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree, particolarmente destinato al servizio di vigilanza sulla prostituzione sia autorizzata che clandestina. Questo ambulatorio, allestito secondo gli ultimi criteri scientifici, e con ricco e moderno arredamento, consta di ampie sale di visita e di medicazione, completamente attrezzate, di una direzione ed annesso ufficio di statistica, ed infine di un completo laboratorio, largamente provvisto di materiale e di mezzi per tutte le ricerche batteriologiche e sierologiche inerenti alla specialità. Ne è direttore il prof. Giuseppe M. Garibaldi, ispettore dermosifilografo per il Lazio.

Biblioteca dello studente a Napoli.

Il prof. Pietro Castellino ha fondato a Napoli una « biblioteca dello studente »; l'insigne clinico ne avrà la direzione; l'amministrazione sarà regolata da disposizioni prese in accordo col rettore dell'Università.

Il prof. Manfredo Ascoli nel Venezuela.

L'« Agenzia di Roma » riceve da Caracas che al prof. Manfredo Ascoli, primo aiuto della Clinica chirurgica della R. Università di Roma, è stato rivolto invito perchè dia una serie di conferenze sulla chirurgia dell'apparato respiratorio con speciale riguardo al trattamento e cura della tubercolosi polmonare, nella Università di Caracas e nel moderno Policlinico della città di Maracay. In tale corso il prof. Ascoli illustrerà anche il materiale scientifico dell'« Istituto Benito Mussolini » di Roma, reputato uno dei migliori d'Europa. È questa la prima volta che un simile invito viene rivolto ad una personalità scientifica italiana e gli ambienti universitari e politici italiani preparano al prof. Ascoli una accoglienza degna dell'ammirazione e dell'amicizia che si ha per l'Italia.

Esprimiamo il nostro vivo compiacimento al prof. Manfredo Ascoli, figlio del nostro compianto redattore-capo prof. Vittorio, del quale continua le tradizioni di studio e di valore professionale.

Fondazione Donders.

La Società Oftalmologica Olandese, nella ricorrenza del proprio quarantenario, ha deciso di onorare la memoria del grande fisiologo e oftalmologo Frans Cornelis Donders di Utrecht, mediante una fondazione che organizzerà, ogni quinquennio, una conferenza scientifica da parte di un oftalmologo di grande valore, cui verrà anche assegnata una medaglia d'oro. Per quest'anno la designazione è caduta sul prof. A. Vogt di Zurigo.

Assicurazione dei medici in Francia e nel Belgio.

La 70ª assemblea dell'Associazione generale dei medici di Francia, adunatasi il 5 giugno sotto la presidenza del dott. Bellencontre, ha approvato la realizzazione di un sistema d'assicurazione contro le malattie, estesa a tutti gl'inscritti.

* * *

Il comitato direttivo della Federazione Medica Belga ha preparato un progetto d'assicurazione collettiva, per i casi d'invalidità e di decesso; il contratto-tipo è stato studiato con alcune potenti compagnie, ed in particolare con la « Nationale » di Parigi. Ora è indetto un *referendum* per le adesioni di massima; il premio annuale sarebbe stabilito in 350 franchi, ossia ad una quota bassissima ed accessibile a tutti i medici.

Incerti professionali.

Il dott. Giuseppe Gotti, medico condotto e primario dell'Ospedale a Fusignano di Romagna, è stato gravemente ferito da un certo Eligio Zauli, che esplodeva contro di lui quasi a bruciapelo cinque colpi di rivoltella, di cui tre raggiungevano il segno ed uno produceva perforazioni multiple dell'intestino. Il dott. Gotti è morto dopo tre giorni di straziante agonia. La sua tragica fine ha destato la più dolorosa impressione, poichè egli era generalmente benvoluto per la bontà ed era molto stimato quale medico coscienzioso ed esperto.

Lo Zauli perseguitava il medico da un paio d'an-

ni, accusandolo di aver curato male un suo bambino ammalato di osteomielite e morto per una complicante pericardite settica. Si erano già svolte due azioni giudiziarie, intentate dalle due parti: una aveva avuto per esito l'assoluzione del dott. Gotti dall'accusa di omicidio colposo, l'altra la condanna dello Zauli per calunnia.

* * *

Il dott. Bernet, mentre nell'Ospedale Civile di Bastia stava per operare un paziente di cataratta, venne aggredito a colpi di rivoltella da un cliente di nazionalità bulgara, sig. Kutchonkoff, che da lui era stato pure operato qualche giorno prima di cataratta traumatica. Poco dopo questi si uccideva, per la strada, con la stessa rivoltella. Il medico è rimasto fortunatamente pressochè incolume (lievemente ferito a una gamba).

Vittima del dovere.

Il laureando Jean Granon, addetto all'Ospedale della Croce Rossa di Lione, nel Servizio dei contagiosi, ha contratto successivamente la scarlattina e la tifoide; della seconda infezione è morto. Il Governo della Repubblica Francese ha citato all'Ordine del Giorno della Nazione la condotta del Granon.

Pro e contro l'aborto provocato in Germania.

La lega delle medichesse tedesche ha compiuto un'inchiesta tra le donne laureate in Germania, sull'aborto provocato. L'inchiesta è stata molto minuziosa; ci limitiamo a rilevare che, tra le interpellate le quali hanno dato risposte utilizzabili, solo il 6,4 % stima che l'aborto provocato per cause non mediche debba considerarsi criminoso e perciò vorrebbe mantenere l'art. 218 del vecchio Codice Penale tedesco; il 20,9 % vorrebbe addirittura che questo articolo fosse abolito. Quando è in gioco la vita della madre, il 100 % stima l'aborto giustificato; quando è in gioco la sola salute della madre, il 96 %. Per ragioni puramente economiche (donde incapacità di allevare bene i figli) il 32,8 % giustificherebbe l'aborto incondizionatamente e il 24 % condizionatamente.

Un'inchiesta condotta ad Amburgo, ha dimostrato che i medici (intendiamo quelli di sesso maschile) sono meno radicali delle medichesse nel voler abolire o riformare l'articolo suddetto del C. P. tedesco.

Episodio giudiziario tra due medici.

Al Tribunale correzionale di Buda-Pest si è svolto un processo tra due medici, Parassin e Szalay. Il primo aveva accusato il secondo di aver falsificato le statistiche dimostranti l'efficacia curativa del vaccino Friedmann nella tubercolosi: donde una querela. Alla seconda udienza il Parassin ha riconosciuto la buona fede del collega e fatto ammenda onorevole. Questa ritrattazione, prodottasi con carattere d'improvvisazione e nell'atmosfera giudiziaria, è poco atta a definire un dibattito tecnico, il quale, per sua natura, può essere svolto solo in condizioni di assoluta indipendenza di apprezzamenti.

I medici di Cuba.

Secondo un'informazione riportata nel « Bol. de la Of. San. Panan. » (giu. 1932), il segretario generale della Federazione Medica Cubana, dott. Félix Hurtado, computava i medici di Cuba, alla fine del 1930, in 2878; per una popolazione di 3.600.000 abitanti, viene ad aversi un medico ogni 1250 persone incirca.

I medici e il telefono in Francia.

A richiesta dell'associazione degli abbonati al telefono, l'amministrazione delle P. T. R. in Francia ha deciso di accordare ai medici la priorità per le riparazioni alle linee telefoniche.

Corrigenda. — Nella Lezione del Prof. C. Frugoni: « Morbo di Still-Chauffard », pubblicata nel N. 28 dell'11 luglio u. s., a pag. 1082, 1ª col., riga 19, leggere: non che vi è la malattia tubercolare.

Si è chiusa l'esistenza del prof. ETTORE LEVI, la quale è stata spesa nel lavoro e per nobili ideali.

Fu allievo del Grocco, che lo ebbe molto caro; si affermò nell'agone medico con importanti studi di neuropatologia e sull'assistenza sociale. Durante la guerra e l'immediato dopo-guerra si adoperò efficacemente per organizzare l'assistenza ai mutilati e agli invalidi. Fu vice-presidente dell'Opera Nazionale, più tardi costituita. Creò poi, in Roma, l'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, dotandolo di una copiosissima documentazione e facendone un centro importante di studi sociali. Quale organo dell'Istituto, egli fondò il periodico « Difesa Sociale », che ebbe largo credito e diffusione. Le sue forze non ressero all'intenso lavoro ed egli dovette rinunziare a tale attività, che gli era carissima e ch'è stata ripresa e continuata dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. Col Levi è scomparsa una eletta figura di studioso e di apostolo. A. P.

Si è spento il prof. WILLIAM W. KEEN, decano dei chirurghi americani. Contava 95 anni. Fu dapprima medico militare; poi insegnò anatomia chirurgica, patologia chirurgica e infine clinica chirurgica successivamente al Collegio Medico Femminile ed al Collegio Medico Jefferson di Filadelfia. Ha pubblicato due trattati, che fanno epoca, sulle ferite di guerra e ha diretto l'enciclopedia chirurgica « Keen's Surgery », in otto volumi; è stato presidente dell'Associazione Medica Americana e dell'Associazione Chirurgica Americana; era tenuto in altissima estimazione. G.

Il chirurgo tedesco VON ROTHE è morto a 52 anni precipitando dalla ripida scala di un belvedere presso un amico architetto, il sen. Hoger di Amburgo. Il Rothe si era acquistata molta fama per l'alto valore operativo. Molto successo aveva avuta una sua invenzione relativa alla ripresa cinematografica degli interventi chirurgici dall'alto, in modo che risulti continuativa e sempre ben visibile. G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. Med., mar. — Discussioni su: la patologia comparata dei tumori; la diagnosi e il trattamento dei traumi cranici. Casistica.

Brit. Med. Journ., 26 mar. — A. BOURNE. Le affezioni croniche pelviche muliebri.

Bull. Méd., 25 mar. — Numero di gastro-enterologia.

Paris Méd., 26 mar. — M. PINARD e R. EVEN. Le sifilidi arseno-resistenti e arseno-recidivanti.

Ann. Inst. Pasteur, mar. — C. OKISCHIO. Antivirus pneumococcico.

Pathologica, 15 mar. — A. CESARIS DEMEL. Encefalite postvaccinica. — G. VERCELLANA. *Ictus* anafilattico e blocco del sistema r.-e. — B. DE VECCHI e A. COSTA. Coloraz. vitale delle pareti dei vasi sang.

Morgagni, 6 mar. — V. PENNATI. Contagio d'encefalite da parkinsonismo post-encefalitico.

Riv. San. Sicil., 15 mar. — P. ANDREANI. Trattamento della gastro-ptosi secondo la tecnica di Losio. — G. D'ANGELO. Insulino-terapia dell'asma bronch.

Journ. de Microbiol. (Leningrado, Mosca), n. 1. — W. JOFFE e A. LOPATKIN. Azione del freddo sui processi infettivi. — M. P. GLUSMAN e al. Migrazione del virus rabbico per azioni elettriche.

Accad. Med., 15 mar. — N. PENDE. Riflessi duodeno-insulari e appendico-insulari. — T. BIANCHERI. Complicanze rare dell'ernia.

Federaz. Med., 29 feb. — F. MARCORA. L'anafilassi in clinica.

Presse Méd., 23 mar. — A. BESREDKA. Vaccinoterapia locale nelle enterocoliti.

Mediz. Welt, 26 mar. — Numero sul 56° congresso ted. di chirurgia.

Deut. Med. Woch., 25 mar. — Numero su R. Koch.

Lancet, 26 mar. — W. HARRIS. Trattam. dello spasmo clonico facciale.

Med. Kinik, 24 mar. — H. v. HABERER. Terapia chirurgica dei casi non chiari di ittero grave. — L. MOSKOWICZ. Trattam. chirurgico della colite ulcerosa.

Klin. Woch., 26 mar. — E. REHN e H. ETTEL. L'importanza del fegato in chirurgia. — H. LAMPERT. Il problema della trombosi-embolia.

Journ. de Chir. ecc., feb. — CHRISTOPHE e al. L'antivirus in chirurgia.

Soc. Med. d. Hôp., 11 mar. — A.-B. MARFAN. Complicazioni nervose della varicella.

Brasil-Medico, 5 mar. — H. ROXO. Trattam. dell'alcoolismo.

Journal A. M. A., 12 mar. — A. H. CURTIS. Stenosi della cervice uterina. — H. E. PEARCE jr. Trattam. della gangrena diabetica. — G. CHENEY. Eritrociti umani ellittici. — J. MCGUIRE e P. ZEEK. Edema cronico ereditario delle estremità.

Ann. de Méd., mar. — N. FIESSINGER e al. Disturbi della funzione galattopessica e lesioni istologiche nelle epatiti. — G. LAROCHE e POUMEAU-DEVILLE. Indossiluria.

Journal A. M. A., 19 mar. — Numero radiologico.

Stomatologia, mar. — O. TEMPESTINI. Concentrazione degli H-ioni nella saliva. — S. BÉLA. Le nostre soluzioni anestetiche.

Ann. di Ostetr. e Gin., 29 feb. — M. TRETTENERO. Trasfusione di sangue con speciale riguardo alla terapia delle infezioni puerper. — E. PONZI. Affinità sierologica materno-fetale e dei coniugi in rapporto alla prole.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XXXIX Roma, 25 Luglio 1932 - X Num. 30

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Medica della R. Università di Palermo
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Sulle necrosi adrenaliniche

per il dott. FRANCO CORONA, assistente.

L'osservazione di un caso, capitato fortuitamente al nostro esame, di vasto sfacelo di tessuti, dovuto all'azione locale dell'adrenalina, ci ha spinto a studiare il problema degli inconvenienti ai quali può dar luogo l'impiego del farmaco e che, per le molteplici indicazioni e per le vastissime applicazioni generali e locali dell'adrenalina, si ripetono non raramente.

Uno degli effetti più caratteristici dell'adrenalina consiste nella energica vasocostrizione e nel consecutivo aumento della pressione arteriosa. Wessel, Langley ed Elliot per i primi hanno fatto rilevare che l'adrenalina agisce sulle terminazioni del sistema nervoso vegetativo (*sezione simpatica propriamente detta*); infatti le sue azioni corrispondono a quelle dell'eccitazione di questa sezione. L'adrenalina manifesta la sua attività specifica anche se il simpatico è paralizzato; perciò Langley ritiene che la detta azione si svolga su *una sostanza recettiva intermediaria* fra nervo e muscolo (*giunto mio-nervoso di Biedl*).

L'adrenalina ha un'azione generale vivace anche a dosi minime. L'azione locale poi si esplica attivamente in dosi più piccole ed in soluzioni diluitissime: 1/1.000.000, 1/5 milionesimo (M. Ascoli, V. Groer). Secondo Hanzlics l'applicazione locale alla diluizione di 1/10-1/50 milioni di grammo aumenta l'emorragia di ferite cutanee nei carnivori (mentre concentrazioni più forti la diminuiscono o l'arrestano). Varia è la sensibilità delle diverse zone cutanee all'adrenalina (Carrier);

così ad es. sul dorso della mano essa è maggiore che ai polpastrelli. Tralasciamo, esorbitando dai limiti impostici nella presenta nota, di analizzare gli effetti dannosi sia immediati (disturbi da ipertensione, reazione emotiva di Marañon) che lontani (*arteronecrosi*) dovuti alla sua azione generale; esamineremo qui solo le controindicazioni alla sua applicazione diretta come quelle che ci danno ragione di gravissimi processi di necrosi talvolta determinati dalla sua azione locale. L'azione vasocostrittrice sta naturalmente in rapporto con la quantità di farmaco e con la estensione dei tessuti interessati; allo stato attuale non sono però completamente definiti alcuni fenomeni connessi a tale azione e su di essi i pareri sono tutt'altro che concordi. In base ad osservazioni cliniche ed esperimenti sugli animali fatti da S. Loewe e M. Simon su zone infiammate da poco l'applicazione dell'adrenalina darebbe il risultato desiderabile: anemizzazione con consecutiva diminuzione dell'essudazione; invece secondo gli stessi AA. nei processi infiammatori antichi l'azione dell'adrenalina non sarebbe manifesta. Manfredi ha notato microscopicamente trasudazione di linfa dai capillari sotto l'azione dell'adrenalina nel polpastrello dell'uomo. Uguale constatazione è stata fatta da Spina, Iacobi e Roemer sulla corteccia cerebrale. Certo si è che sotto l'influenza dell'adrenalina si verificano delle modificazioni negli scambi idrici fra tessuti e sangue; come hanno dimostrato anche le nostre esperienze sotto riportate sulla cute del coniglio, dove in seguito ad iniezione intradermica di adrenalina il connettivo aveva in parte perduto la caratteristica struttura fibrillare e presentava fatti di imbibizione edematosa. Comunque, malgrado non si sia raggiunto una completa uniformità di vedute in proposito, in linea di massima allo stato attuale sembra stabilita una controindicazione alle applicazioni locali quando vi sia una lesione di continuo e quando i tessuti si presentino infetti, perchè l'adrenalina, per l'ischemia prodotta, favorisce le infezioni locali e ritarda i processi di riparazione e di cicatrizzazione. In questo modo si spiegano i casi numerosi di gangrena gassosa in seguito ad iniezioni di adrenalina (Wanke), che non trovano rispondenza nei casi, piuttosto rari, seguiti ad iniezioni di altre sostanze.

***

Considerato il meccanismo di azione del farmaco è bene analizzare davvicino le modificazioni che si determinano nei tessuti su cui questa azione si esplica. Abbiamo pensato che poteva offrire oggetto di esame la congiuntiva oculare umana per due ragioni: una prima per le modificazioni locali ivi segnalate, che talvolta culminano in focolai di necrosi nel punto della iniezione; una seconda perchè condizioni favorevoli di osservazione biomicroscopica consentono di potere seguire passo passo le varie modificazioni che l'azione del farmaco localmente imprime.

Soggetto di anni 50 con glaucoma emorragico. Si pratica una iniezione sottocongiuntivale di 0,10 di adrenalina al ‰ (Clin) nella congiuntiva bulbare a circa 3 mm. dal limbùs alle ore 5. Dopo 10 minuti dall'iniezione si osserva una zona ischemica (bianco-alabastrina) del diametro di 6 mm.

All'osservazione alla lente e meglio ancora a quella biomicroscopica si nota: il reticolo vasale si presenta a maglie molto diradate rispetto alle zone circostanti; il calibro dei vasellini è diminuito di molto, da ridursi filiforme. Dopo 24 ore all'osservazione macroscopica si rileva ancora in corrispondenza del punto d'iniezione una zona un po' più pallida relativamente a quelle circostanti, con un'ampiezza di 4-5 mm. All'osservazione biomicroscopica si percepisce un diradamento del reticolo vasale nella zona sopradetta. Il calibro dei vasellini non presenta più differenze notevoli rispetto a quello dei vasi delle zone circostanti. Gradatamente si ha il ripristino della situazione precedente in analogia alle zone vicine.

La prova è stata ripetuta in occhio normale e l'iniezione è stata praticata in prossimità del limbus, perchè ivi la trama sottocongiuntivale è più fitta; i risultati sono stati identici.

Da queste osservazioni è risultata esclusivamente un'azione vasocostrittrice intensa e durevole, certo in rapporto alla relativa concentrazione del farmaco; ma il quadro si presenta ben diverso da quello offerto dalle iniezioni intradermiche, poichè diffondendosi nel 1° caso rapidamente il liquido introdotto dà luogo semplicemente alla zona ischemica senza la macchia bleu centrale.

Gli effetti delle iniezioni sulla cute corrispondono a quelli descritti da M. Ascoli e Fagiuoli e sono costituiti dai tre elementi: macchia bleu centrale, circondata dall'alone bianco ed alla periferia di esso l'alone rosso.

Abbiamo fatto delle prove di intensità e delle prove di diluizione.

In quelle di intensità abbiamo introdotto nell'intraderma cmc. 0,5 di adrenalina (CLIN) soluz. all'1 ‰ ed abbiamo potuto osservare che la reazione conservava la sua più completa esplicazione per la durata di parecchie ore (4-6), dopo le quali la macchia bleu cedeva il posto ad una macchia rossa; la zona ischemica perdurava in certi soggetti sino alle 24 ore. È notevole il fatto che della macchia bleu nei giorni successivi non si aveva più alcuna traccia.

Nelle prove di diluizione abbiamo adoperato l'adrenalina diluita 1:100.000.000 riscontrando talvolta la comparsa della zona ischemica e di quella

iperemica circostante; però sino alla diluizione di 1:10.000.000 abbiamo avuto quasi costantemente la riproduzione del quadro in tutti i suoi tre elementi. A questa diluizione la presenza della macchiolina bleu perdurava per una mezz'ora, la zona ischemica e quella infiammatoria per un paio d'ore; senza che rimanesse poi traccia alcuna. Abbiamo avuto cura di eseguire costantemente le prove di controllo con acqua distillata.

Sull'interpretazione delle zone bianco-alabastrina come zona ischemica e di quella arrossata circostante come zona iperemica gli AA. (M. Ascoli e Fagiuoli, Von Groer) sono concordi; rimane da chiarire la macchia bleu centrale su cui abbiamo concentrato la nostra osservazione con l'indagine microscopica.

In un coniglio albino (peso Kg. 1.800), rasa una vasta zona della cute dell'addome, si pratica una iniezione intradermica di cmc. 0,3 di adrenalina al ‰ (CLIN). Dopo 10 minuti si nota una zona bluastra, del diametro di circa 1 cm. in corrispondenza del punto dell'iniezione, circondata da un alone bianco-alabastrino. Si preleva un frammento della cute iniettata, a tutto spessore, sino al tessuto muscolare sottostante. Il pezzo viene fissato in alcool, incluso e colorato con i comuni metodi. All'esame istologico si rilevano dei focolai emorragici, indubbiamente dovuti al trauma dell'iniezione. In corrispondenza del focolaio bluastro si rivela che i piccoli vasi arteriosi si presentano coi lumi ristretti, vuoti di sangue, contratti; in contrapposto le piccole vene appaiono dilatate dai lumi completamente zaffati di globuli rossi ben conservati. In alcune zone il connettivo ha in parte perduto la sua caratteristica struttura fibrillare e presenta fatti di imbibizione edematosa. I fenomeni rilevabili al reperto istologico in corrispondenza della zona bluastra sono quindi le dilatazioni delle piccole vene con fortissima congestione, la imbibizione edematosa del connettivo; i piccoli focolai emorragici sono da ritenersi dovuti al trauma.

Tutto ciò induce ad ammettere che la zona bluastra sia dovuta a stasi venosa; del resto il fatto trova riscontro nell'osservazione clinica la quale ci fa rilevare che dopo la scomparsa della zona bluastra non persistono fenomeni ecchimotici. Il fenomeno riesce ancora più comprensibile se ci riferiamo alle particolari condizioni del sistema circolatorio cutaneo. Esiste nella circolazione della pelle (ipoderma e derma) una certa *autonomia zonale*. Essa è fornita di una rete anastomotica povera, la quale interviene solo tardivamente ed in maniera insufficiente, a collegare le varie zone per cui la stasi venosa si rende palese imprimendo alla cute un colorito bleu-violaceo a chiazze (es.: azione del freddo sul tegumento) (Poirier e Charpy).

L'insieme di modificazioni rilevate ci dà un'idea del grave perturbamento locale che l'adrenalina determina. È logico inferirne che se l'azione del farmaco viene intensificata e prolungata (eccessiva quantità, ritardato assorbimento, speciali condizioni dei tessuti, etc.) a queste iniziali manifestazioni possano seguire alterazioni più gravi (fenomeni degenerativi) che conducono alla mortificazione dei tessuti interessati, determinando focolai necrobiotici più o meno vasti.

***

Premesso quanto sopra, e prescindendo dalla somministrazione orale ed endovenosa, la via di somministrazione sottocutanea appare poco razionale, perchè l'adrenalina si occlude da sè la via dell'assorbimento e viene inattivata nel connettivo sottocutaneo (Meyer e Goottlieb), e secondo Simon per ottenere risultati comparabili con quelli che si hanno per via endovenosa occorre una dose 100 volte maggiore.

Alle iniezioni sottocute sono da preferire le iniezioni intramuscolari perchè la vascolarizzazione più ricca dei muscoli facilita l'assorbimento e più rapidamente ripara i disturbi locali dovuti all'azione del farmaco ed al piccolo trauma. Infatti secondo Wieting in seguito ad ogni puntura per la semplice azione del trauma viene a determinarsi sulla cute, rispettivamente nel sottocutaneo e nella muscolatura, un piccolo focolaio di necrosi locale, che è della più grande importanza per l'attecchimento di germi patogeni e per il loro sviluppo. Tale necrosi è molte volte facilitata dalla natura del liquido iniettato; ed a questo proposito particolare importanza assume l'adrenalina, che di per sè ischemizza i tessuti e facilmente produce necrosi (Bandi).

Proprio in questi giorni è occorso rilevare in laboratorio dei processi di necrosi verificatisi in due cani trattati per altri scopi con iniezioni di adrenalina. Essa veniva impiegata alla dose di 1 mgr. sottocute alla faccia interna delle coscie. Dopo qualche giorno al punto d'iniezione si manifestò un infiltrato, che gradatamente si rendeva superficiale imprimendo alla cute un colorito rosso-violaceo ed una certa pastosità. In seguito si verificava ulcerazione e sfacelo dell'infiltrato con eliminazione di materiale necrotico.

Nell'uomo i processi di necrosi sono meno frequenti, tuttavia anche nell'uomo possono verificarsi. È facile arguire come la situazione possa aggravarsi se invece di una iniezione si pratica una ipodermoclisi. Esporremo succintamente il caso capitato alla nostra osservazione, onde poi analizzare le possibili cause, che cospirano al determinarsi del grave accidente, che può seguire le ipodermoclisi adrenalizzate.

S. L., di anni 45, coniugato, con prole. Anamnesi personale: da qualche tempo soffriva intermittentemente di dolori alle regioni lombari, specie quando andava a cavallo. Poco tempo fa viene preso in cura di un collega per un processo broncopolmonare al lobo inferiore destro, ritenuto di natura influenzale, e già in via di risoluzione in 5ª-6ª giornata; in 7ª giornata si ha oliguria. L'esame d'urina rivelò: peso specifico basso, albumina abbondante, cloruri scarsissimi, urea scarsa. Nel sedimento: presenza di cilindri ialino-granulosi. Successivamente si stabilisce anuria. Fu posta diagnosi di glomerulo-nefrite cronica e praticata una ipodermoclisi di 250 cmc. glucosata (45 ‰) e adrenalizzata (1 mgr.). Riprende l'eliminazione delle urine che per due giorni raggiunge la quantità di 4 litri circa nelle 24 ore. Intanto si ha aumento di temperatura (dalla ipotermia a 39°) e, l'indomani dell'ipodermoclisi comparsa di una vasta zona ecchimotica, dolente, con una certa pastosità dei tessuti superficiali, in corrispondenza della regione dove era stata praticata l'ipodermoclisi. Dopo qualche giorno la febbre diminuisce e le condizioni generali migliorano. L'esame del sangue dà: glicemia 0,96 %. N. R. mgr. 55. Frattanto nella zona necrotica si forma una vasta escara di colorito bleu-violaceo, che solo dopo parecchi giorni il chirurgo riesce a staccare. Nessun fenomeno generale, ad eccezione di un notevole prurito in tutto il corpo. Il processo si è svolto in un individuo robusto, ma alquanto deperito per la malattia acuta.

Col diffondersi dell'ipodermoclisi dalla primitiva soluzione fisiologica, che veniva adoperata per tutti gli scopi, s'è gradatamente passato a soluzioni più complesse che meglio rispondessero alle varie indicazioni e nei diversi stati dell'organismo. In questo modo, fra le altre modifiche; s'è pervenuto all'aggiunzione dell'adrenalina; infatti Krause e Garrè consigliano di aggiungere adrenalina alla soluzione fisiologica nei casi in cui si voglia combattere con particolare energia una paralisi vasomotoria.

Abbiamo accennato trattando delle iniezioni sottocutanee in genere, che esse rappresentano dei piccoli traumi, i quali possono dar luogo a processi di necrosi; tale possibilità si moltiplica per ovvie ragioni nelle ipodermoclisi. Krause e Garrè hanno osservato un caso di gangrena della cute in seguito ad infusione di semplice soluzione fisiologica in troppo grande quantità, senza che la soluzione fosse stata troppo calda. Infatti fra le cause fisiche della gangrena cutanea hanno una parte preminente la compressione e la distensione della cute (Bosellini). Onde la necessità che la quantità da iniettarsi ogni volta sia piuttosto modesta (50-100-150 cc. nei bambini, 200-250 negli adulti) oltre che per non obbligare il cuore ad un eccessivo lavoro, dato il cospicuo aumento del liquido circolante, anche perchè la cute non sia troppo distesa dalla sostanza iniettata. In quanto alle regioni del corpo sono da preferire il lato esterno delle coscie, le regioni laterali dell'addome.

È noto ancora che l'introduzione di forti masse di soluzioni fisiologiche provoca talora elevazione di temperatura, che può arrivare ai due centigradi e che fu designata « febbre salina o da cloruro », più raramente nausea, vomito, cefalea, ecc. In realtà però, secondo Wechselmann, tali reazioni non sono affatto proporzionate alla dose di cloruro contenuta nel siero, e debbono essere invece attribuite alle materie organiche contenute nelle acque distillate vecchie, materie che provengono secondo l'A. dalla distruzione avvenuta durante la sterilizzazione di una fauna e di una flora sviluppatesi nell'acqua distillata in seguito a lungo soggiorno nei recipienti. Comunque questa manifestazione termica è un indizio, oltre che di una reazione generale, di una sofferenza locale.

Ciò vale per le ipodermoclisi in linea generica; qualche parola in particolare bisogna aggiungere riguardo ai sieri glucosati, il cui uso è largamente diffuso. Questi sfaceli, vasti e di difficile riparazione, sembrano più frequenti adoperando l'adrenalina in unione al siero glucosato: la nozione pare praticamente abbastanza diffusa per quanto non mi sia riuscito di rintracciare richiami letterari.

Al riguardo abbiamo voluto mettere a confronto le azioni locali intradermiche dell'adrenalina in soluzione fisiologica ed in soluzione glucosata. Sebbene i limiti di errore del metodo non consentono rilievi assolutamente decisi, pure a nostro apprezzamento le reazioni glucosate sono più vivaci.

Tutto ciò in condizioni di asepsi assoluta. Ma la situazione si presenta più delicata quando si consideri la possibilità che le soluzioni siano inquinate. È noto quanto difficile sia a realizzarsi la sterilizzazione delle soluzioni di adrenalina (Richard e Malmy); e secondo gli stessi AA. le soluzioni non addizionate d'un antisettico, come il cloretone, o non sufficientemente sterilizzate per evitare una possibile alterazione, contengono spesso dei filamenti di micelii. Ed ancora Guyot ha potuto notare che fiale di siero glucosato al 47 ‰, sterilizzate a 105° per 20 minuti, dopo un mese e mezzo presentavano una tinta più scura di prima e nel liquido si erano sviluppate delle membrane fioccose; inoltre la reazione da neutra era diventata acida per acido butirrico e si era sviluppata una certa quantità di gas, miscela di acido carbonico e di idrogeno. L'a-

gente di questa fermentazione sarebbe il *bacillus amylobacter*.

Dati tutti questi elementi se noi consideriamo quanto intensa è la sofferenza dei tessuti, sia per il trauma di distensione di essi sia per l'azione particolare varia del farmaco ed ancora la facilità di inquinamento delle soluzioni glucosate, ci rendiamo conto della relativa facilità con cui possono stabilirsi dei processi infiammatori e di necrosi.

Concludendo: è da proscrivere l'aggiunta di adrenalina alle ipodermoclisi glucosate; e quando si vuol aggiungere ai sieri isotonici tipo Ringer questo farmaco, è opportuno non sorpassare per nessuna ragione la dose di 1/4 - 1/2 mgr.; avendo cura di far seguire immediatamente applicazioni topiche calde, onde diminuire l'ischemia ed agevolare l'assorbimento.

RIASSUNTO.

L'A. trae lo spunto dall'osservazione di un caso di necrosi seguito ad una ipodermoclisi adrenalizzata per analizzare gli effetti locali dell'applicazione adrenalinica in particolare sulla congiuntiva e sulla cute.

Esaminate le varie modalità attraverso le quali le soluzioni adrenaliniche e specialmente le glucosate possano condurre a processi necrobiotici, conclude che sia da proscrivere l'aggiunzione dell'adrenalina alle soluzioni per ipodermoclisi e particolarmente a quelle glucosate.

BIBLIOGRAFIA.

Ascoli M. e Fagiuoli A. *Saggi farmaco-dinamici* Reale Accademia dei Lincei. Seduta 15 giugno 1919.

Bayer G. *Nebennieren*. Handbuch der inneren Sekretion. Max Hirsch.

Bandi G. *Sulla gangrena gassosa da iniezioni ipodermiche*. Minerva Medica, 1931, n. 11.

Benda R. *Dell'uso dell'adrenalina in certi stati emorragici e nelle malattie del sangue*. Annales de Médecine, 2 febbraio 1930.

Bernhardt H. und Oelkerrs H. A. *Zur Frage der Entstehung von Nekrosen*. Zeitschrift für Klinische Medizin, Band 113, 1930.

Bosellini P. *La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna*.

Cazzani U. *La ipodermoterapia nella tecnica farmaceutica e nella pratica medica*.

Cioffi E. *L'adrenalina per iniezioni tracheali nella emottisi*. XXXI Congresso di Medicina Interna. Ottobre 1925.

Krause P. und Garré C. *Ter. innerer Krankheiten*.

Di Liberto U. *Tentativi di terapia medica delle splenomegalie malariche croniche*. Riv. San. Sic. 1931, n. 10.

Falta W. *Le malattie delle ghiandole sanguigne*.

Lesure André. *Préparation et stérilisation des liquides injectables*.

Levent R. *L'adrénaline*. Gazette des Hôpitaux, 1927, n. 52-58.

Luisada A. e Tramonti P. *Fenomeni di sinergismo e di potenziamento tra farmaci ad azione vasale*. Società Medico-Chirurgica di Padova, seduta 18 gennaio 1929.

Marfori P. *Farmacologia e Terapia*.

Medovikow P. S. *Les rapports entre l'allergie et le système nerveux végétatif*. Revue de la tuberculose, pag. 147, 1926.

Meneghetti E. *Gli scopi dell'ipodermoclisi ed il modo più opportuno per raggiungerli*. Bollettino dell'Istituto Biologico Torinese, marzo 1931

Meyer und Gootlieb. *Experimentelle Pharmakologie*.

Pende N. *Endocrinologia*.

Id. *Trattato sintetico di Patologia e Clinica medica*.

Poizier P. e Charpy A. *Traité d'anatomie humaine*, 1912

Ronzini M. *L'azione ipertensiva e cardio-eccitante della miscela atropo-adrenalinica*. Riforma Med., 1928, n. 12.

Simon Italo. *Farmacologia*.

Stella P. *L'azione dell'adrenalina sull'occhio glaucomatoso*. Bollettino d'Oculistica, 1925, n. 12.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. Clinica Medica Generale della R. Università di Genova.

Direttore: prof. N. Pende.

Diabete insipido e sua terapia.

Dott. Carlo Faelli, assistente.

La sindrome morbosa che va attualmente sotto il nome di diabete insipido è tra quelle che il medico affronta con animo trepidante perchè sa quanto ipotetici siano i rimedi che la terapeutica possiede contro questa entità patologica.

Le teorie che sono state formulate su l'etiologia del diabete insipido, sono infinite e contraddittorie e tutte sembrano ottime per spiegare la polidipsia e la poliuria; ma difficile è la scelta quando si debba stabilire una condotta terapeutica. Bisogna destreggiarsi fra le idee che fanno il diabete insipido d'origine nervosa centrale e quelle che tutto attribuiscono alla innervazione renale, o ai vari sistemi regolatori e dell'innervazione periferica e del sistema nervoso centrale e le varie teorie neurochimiche, ecc. pur trascurando tutti gli errori che già a lor tempo han tenuto bravamente il campo.

Tutte le teorie sono buone per spiegare un sintoma, ma non per eliminare questo che può essere dato da una infinità di cause, la maggior parte delle quali ci sfuggono e che pur raggiunte non ci aiutano a far scomparire la sintomatologia che ci accusa il paziente.

Evitando una sistematica esposizione delle teorie del diabete insipido, ci fermeremo al

sintoma principale: la poliuria con conseguente polidipsia sintoma che è in indiscutibile rapporto con l'ipofisi e con le regioni cerebrali ad essa vicine. Infatti in tutti i casi di diabete insipido gli estratti di ipofisi frenano la poliuria, mentre non hanno effetto su l'urinazione dell'uomo sano, e questo sta per una partecipazione ipofisaria alla sindrome morbosa e che asportando l'ipofisi nei cani senza ledere i centri vicini non si genera il diabete insipido e ciò sta contro un esclusivo determinismo ipofisario. Se si ledono i centri peri-ipofisari insorge il diabete insipido, che può essere però provocato anche da lesioni relativamente lontane come da quelle del pavimento del quarto ventricolo.

La storia moderna del diabete insipido comincia con Lacourte (1841) che per primo lo trattò dal punto di vista etiologico patogenetico, e fece risalire l'essenza del male ad una « follia della sete » cioè ad una alterazione eminentemente psichica che fu subito accolta da tutti gli scienziati del mondo.

Ma nel 1860 C. Bernard dà appunto il primo contributo scientifico allo studio de la patogenesi del D. I. ottenendo una poliuria con la puntura del pavimento del IV° ventricolo. Ciò nonostante le discussioni patogenetiche continuano e s'invocano rapporti oltrechè con traumi e lesioni nervose centrali, con l'alcoolismo, la tubercolosi, la lue, l'ipercloridria, l'alimentazione salina, pur non perdendo mai di vista l'isteria che in quel momento storico ha un periodo eccezionale di voga.

Ma non era stata prestata troppa attenzione da parte dei clinici alle esperienze del 1860 di C. Bernard, mentre più dimostrative sembrarono quelle di Kaeler del 1885 che riuscì a stabilire una poliuria durevole negli animali da esperimento lesionando con nitrato d'argento il pavimento del IV° ventricolo. Così che al principio del secolo gli scienziati ammettevano due forme principali di poliuria una considerata come diabete insipido vero, l'altra secondaria ad una polidipsia nervosa, e sull'argomento Achard e Rammond pubblicarono un caso di potomania o irresistibile bisogno di bere e tutti erano d'accordo nel dare il nome di diabete insipido soltanto alle forme di poliuria primaria.

Ecco che dai lavori di Brown-Sequard nasce l'endocrinologia e Liegeois subito attribuisce all'ipofisi glandola a secrezione interna una funzione regolatrice della diuresi, funzione dimostrata poi da Scaepper (1906), Hallion e Carrion, Falta e Pol con l'iniezione negli animali di estratti ipofisari.

Ma il contributo più importante è dato da Paulesco (1906), da Cushing (1910-14), da Biedl (1911) che riproducono il diabete insipido asportando l'ipofisi dal cane.

Così pur non essendo tutti d'accordo se si tratti nel diabete insipido di una aumentata o di una diminuita funzione ipofisaria la origine endocrina del diabete insipido appare ben dimostrata; i successi terapeutici su l'uomo con estratti ipofisari danno il miglior suffragio a questa ipotesi.

Ma ecco che nel 1913 Camus e Roussy confermando le constatazioni di Aschner: dimostrano che l'ipofisectomia non dà nessuna alterazione della diuresi nel cane, se l'intervento rispetta il pavimento del III ventricolo, al contrario se si ledono i nuclei propri del tuber si può dar luogo nell'animale al tipico quadro del diabete insipido.

A conferma della teoria infundibolo-tuberale si può aggiungere l'osservazione clinica della relativa oliguria in seguito a puntura lombare, fenomeno studiato da Graham, William e Rochester e interpretato come dipendente da una diminuita compressione del liquor sul pavimento del III ventricolo, tanto da far preconizzare la puntura lombare come terapia del diabete insipido.

Finalmente basandosi sui molti elementi sicuri di istopatologia il mio Maestro Pende ha creato la sua concezione eclettica neuro ghiandolare, per la patogenesi del diabete insipido. Concezione oggi dominante.

Pende ammette l'esistenza di una forma di diabete insipido da lesioni primitive dei centri nervosi infundibolari senza necessaria partecipazione di alterazioni secretorie ipofisarie e di una forma di diabete insipido da lesioni primitive dell'ipofisi.

Alcuni ormoni dell'ipofisi agiscono regolando la eccitabilità dei centri nervosi ipotalamici che governano la funzione secretrice dell'acqua dal rene, senza escludere che tali ormoni possono anche agire direttamente sul sistema nervoso intrinseco del rene o sulle cellule renali stesse.

Pende non è alieno dall'ammettere la possibilità che i centri infundibolari possono stimolare la secrezione ipofisaria.

Questa teoria unitaria nerveoglandolare è stata accettata da numerosi autori, quali Maragnon, Salmon, Ceconi, Di Guglielmo, E. Meyer, J. Bauer.

Le lesioni capaci di provocare il diabete insipido, secondo il mio Maestro, sono per lo più tumori della regione infundiboloipofisaria, e più specialmente metastasi di carcinomi

mammari, o tubercolosi, o gomme, o placche di meningite sifilitica, o traumi cranici, proiettili arrestati nella regione del peduncolo ipofisario, emorragie ipofisarie, tutte lesioni che possono interessare la sola regione infundibolare o solo l'apparato ipofisario o tutti e due, i componenti, il nervoso ed il ghiandolare dell'apparato unitario ipofisario-diencefalico. In tal modo si spiegano le varie forme di diabete insipido, e anche le forme miste.

Secondo Pende la pituitrina è efficace sopratutto nelle forme in cui il meccanismo ghiandolare è quello leso e sono integri e suscettibili di risentirne lo stimolo ormonico i centri infundibolari, se questi sono distrutti e non ricettivi allo stimolo, come in caso di lesione primitiva dell'infundibolo, la pituitrina può agire sul *componente renale* e clorosodico della sindrome che è accessorio nel vero diabete insipido provocando una oliguria relativa, un aumento di eliminazione e concentrazione clorurica renale, pur essendo inefficace sulla poliuria primaria da mancata fissazione di acqua, che richiederebbe l'integrità del centro nervoso para-ipofisario che viene tuttavia tonificato dalla pituitrina.

La terapia post-ipofisaria rappresenta oggi il trattamento più importante, che possiamo dire specifico del diabete insipido. Già che sono ben rari i casi che a tale medicamento resistono (qualche forma di diabete insipido ipocloroemico di E. Meyer, e di Veil; o nervoso di Gilbert, e di Rathery).

Questa terapia ha però il grave inconveniente della sua spiccata transitorietà, perciò deve essere la cura *continua e prolungata*. Fortunatamente non si ha in pratica a temere l'assuefazione, come l'intolleranza che è del pari eccezionale come le complicanze del trattamento che possono essere nefriti (Thaon, Marañon), emorragie e ulcerazioni intestinali (Franchini), ipertensione arteriosa (Etienne e Parisot).

La somministrazione sottocutanea di un semilobo posteriore di ipofisi (di solito 1 cc.) da una a 3 iniezioni al dì può essere continuata indefinitamente.

Un altro metodo di somministrazione dell'ipofisi che dà spesso risultati brillanti è quello della via nasale, per istillazione o applicazione di tamponi imbevuti di pituitrina o meglio, per la sua comodità, la polvere di ipofisi da fiutarsi. (Cushing, Blungart, Lereboullet, Adlersberg e Porges, Hogarth, Bizzarro, Rowntree, Calderoni e Mazzei, ecc.). Pur necessitando di dosi più che doppie per via sottocutanea, (gr. 0,05 di polvere = 1 cc. di prodotto iniettabile) la via nasale ha il vantaggio di aver vinto qualche diabete insipido che aveva resistito all'iniezione (Sesne Hutivet, Marquezy, e Benoist).

Recentemente anche Pratt e Smeltzer parlano in favore della somministrazione degli ormoni a contatto delle mucose, all'infuori della mucosa digerente.

L'assorbimento così realizzato essendo più lento e più continuo, l'azione degli ormoni viene prolungata e si avvicina molto alle condizioni naturali; a questo si aggiunge la comodità dell'impiego.

Sperimentalmente nel ratto, le mucose vaginali, nasale e congiuntivale si mostrano capaci di assorbire gli ormoni con dosi naturalmente più forti di quelle usate per via ipodermica. L'assorbimento degli ormoni introdotti per via nasale con la polverizzazione è molto soddisfacente e non si constata alcun segno di irritazione locale.

Terrade ha fatto l'ipotesi che la diminuzione delle diuresi dipenda da una eccitazione meccanica della mucosa nasale e da un conseguente risentimento vagale, ma Rathery nega recisamente tale asserzione e pensa che la via nasale debba rappresentare la via di scelta per la terapia ipofisaria a condizione però (Choay) che la mucosa nasale tolleri bene detta terapia.

Ramm, Aldrich, Grate, Rave, Buglee, hanno cercato di estrarre dalla retropituitrina il suo principio antidiuretico e recentemente M. Labbé, Boulin, Justin, Besançon, Azerad, sono riusciti a separare un *estratto O* ocitocico senza azione sulla poliuria e un *estratto P* pressore, con proprietà antidiuretiche ed ipertensive; questo estratto sarebbe attivo per via sottocutanea e nasale.

Ho provato qualche volta anche *l'estratto cortico-surrenale* che avrebbe un'azione costante antidiuretica (Gilbert-Dreyfus) ma non ha avuto apprezzabili modificazioni della diuresi, per quanto tale medicazione sia sempre di ottimo ausilio se non altro per combattere la grave astenia che non è l'ultimo dei disturbi del diabete insipido.

Senza risultati ho pure saggiato l'azione dell'estratto ipofisario.

La maggior parte dei medicamenti che si usavano anche in passato come la valeriana, la belladonna (Trousseau), chinino, oppio, antipirina (Rathery, Camus, Roussy Le Grand) si mostrano in genere insufficienti (M. Labbé), per quanto io creda che si possano bene usare come coadiuvanti specialmente per i periodi di riposo di cure più energiche.

È stato da Villa, Klein, Holzer, consigliato anche l'uso dell'insulina, per favorire e aumentare il potere fissatore dell'acqua dei colloidi dei tessuti, ma non pare che l'uso di questo medicamento dia risultati molto costanti. Personalmente non mi ha dato mai risultati apprezzabili.

Ho voluto sperimentare anche la terapia sintalinica cui Campanacci e De Filippis attribuiscono, confermando le ricerche dei Barboni, una influenza diretta sul ricambio dell'acqua, inibente la diuresi e tendente a favorire la ritenzione di acqua nell'uomo sano, azione dimostrata da Campanacci pressochè immediata, ma io non ho avuto nessuna diminuzione della diuresi da D. I. neanche dopo due settimane di intensa cura sintalinica.

Ambard e Hatziegann hanno avuto qualche successo dalla proteinoterapia fatta con la tecnica usuale, come Guillaume, Camus e Roussy dalla iniezione di novocaina. Hitzenberger e Karftheil pensando che il rene nel diabete insipido non possa concentrare il NaCl, partendo dai dati di Sazl e Heilig che attribuiscono al novasurolo uno spiccato ed elettivo potere diuretico per il sale, riconfermarono i dati di Bauer e Aschner ed ottennero risultati di inibizione della diuresi ed ipercloruremia, somministrando in capsule di cheratina due volte con l'intervallo di 1/2 ora, grammi 0,2 di novasurolo. Gli effetti della inibizione furono spiccati avendosi così un risultato assai simile a quello che si ha con la pituitrina, l'uno e l'altro caso dimostrano una quasi costante notevole inibizione della diuresi. È un'azione declorurante più o meno intensa a seconda della speciale costituzione colloido-ematica e tissurale del soggetto: il loro punto di azione dovrà quindi necessariamente essere uguale e poichè è oggi ammesso che la azione del novasurol si esplica specialmente sull'extrarene così è presumibile che anche la pituitrina agisca specialmente sui tessuti. L'efficacia di questi farmaci è dunque una ripresa della genesi extrarenale del perturbamento del ricambio idrico del diabete insipido.

Si è anche pensato che l'efficacia del novasurol sul diabete insipido dipenda dalla esistenza di un fattore luetico per il quale questo farmaco a base mercuriale avrebbe un'azione specifica, azione che logicamente bisogna sempre provocare anche con altri medicamenti quando esistono fatti che possono far pensare all'esistenza di una infezione sifilitica.

Infatti i risultati più brillanti di inibizione della poliuria da D. I. con preparati mercuriali li ho avuti in casi in cui era presente una netta positività della R.W. Buoni risultati, del tutto transitori che non ho avuto soltanto dall'uso di novasurolo ma anche di altri diuretici mercuriali.

(Discesa della diuresi da 1.9.5. a 1.3).

La puntura lombare nel diabete insipido dimostra che ben spesso si ha un aumento della pressione del liquor, cosa che del resto appare anche dall'esame del fondo dell'occhio e dai disturbi visivi che sono l'espressione di un aumento della pressione endocranica anche quando la puntura lombare sia negativa.

Perciò si è pure pensato di decomprimere i centri nervosi con la sottrazione di 5-10 cc. di liquor a scopo terapeutico. Henich promotore di questa terapia nota una spiccata diminuzione della diuresi, come Marañon, Moltz, Feld, ecc. Tucker anzi ha pubblicato un caso di guarigione di diabete insipido con una sola puntura lombare.

Parecchi AA. però notano che questa terapia non dà di solito che miglioramenti transitori giacchè l'azione di una puntura non dura più di due o tre giorni.

La Roentgenterapia è stata finora assai poco usata, è stata fatta dalla radio-terapia penetrante della regione ipofisaria, ma è stata preconizzata da Beclère solo in casi di D.I. da tumori ipofisari o juxtaipofisari.

Cignolini della nostra scuola ha irradiato con dosi medie di R. X. diversi casi di diabete insipido associato ad alterazioni distruttive dello scheletro: una sindrome di Schuller, un diabete insipido con Recklinghausen, diabete insipido con osteopatia calcepriva a tipo rachitico, associazioni morbose che secondo Pende sarebbero dovute alla vicinanza del centro vegetativo regolatore del ricambio dell'acqua e di un centro regolatore del metabolismo scheletrico. Cignolini ha irradiato le ossa lunghe per avere un'azione istolitica topica, ed ha avuto una rapida ricostruzione del tessuto osseo ed inaspettatamente una spiccata diminuzione della poliuria.

Cignolini ha pure visto che assai più spesso di quanto si crede al diabete insipido si associano alterazioni dello scheletro, e riconosce che le modificazioni della idruria susseguenti alle irradiazioni dei focolai osteopatici non trovano ancora una spiegazione soddisfacente. Pensa che probabilmente i prodotti della lisi degli elementi osteoidi agiscano sopra i centri vegetativi regolatori del ricambio per quanto si possa pensare ad ammettere che agiscano come proteino-terapia già che tale terapia abbiamo visto applicare e a tale azione potrebbe far pensare anche la diminuzione della po-

liuria del diabete insipido, durante la febbre. Tenendo presente tutte le precedenti acquisizioni terapeutiche del diabete insipido e la teoria patogenetica nervoso-glandolare di Pende, ho pensato di associare la terapia pituitrinica alla Roentgenterapia della regione ipofisaria e peripofisaria utilizzando dosi di raggi X assai deboli per avere anche un'azione inibente sui plessi secretori del liquor in modo da ottenere pure una decompressione dei centri nervosi.

Convinto pure della superiorità della somministrazione della pituitrina per via nasale ed in polvere ho usato questa forma del medicamento con risultati così incoraggianti che mi spingono a pubblicare i seguenti casi:

CASO I. — I. A., anni 19, agricoltore (Kg. 70, m. 1,75).

Il padre del paziente dopo poco tempo della nascita di questo figlio partì per l'America senza dare più sue notizie.

La madre è sana e robusta (56 anni).

Il p. ha tre fratelli che stanno bene ed una sorella pure sana.

Nulla nell'anamnesi remota del paziente, nè lue, nè altre malattie infettive.

Egli è sempre stato un forte lavoratore, e due settimane prima di presentarsi a noi mentre lavorava nei campi, dopo essere stato per parecchie ore al sole, fu preso *improvvisamente* da una intensa sete e da urinazione abbondante così da essere costretto ad abbandonare il lavoro.

All'esame obiettivo il malato non presenta nulla di speciale, nulla clinicamente dimostrabile ai polmoni, cuore nei limiti, fegato e milza normali.

Non glandole palpabili. Riflessi normali. Romberg negativo.

Il radiogramma del cranio in posizione laterale D.; mostra una sella turcica normale. Le ap. clinoidee anteriori sono lievemente abbassate; null'altro; lieve aumento della pressione endocranica.

30-11-1928. Urina nelle 24 ore circa 22 litri; densità 1002; niente zucchero nelle urine. Glicemia 0,84.

R. W. Negativa; Pressione art.: Mx 120; Mn 60.

Nel primo periodo di cura dal 3-12-28 al 12-5-929, gli si fanno iniezioni di estratto ipofisario e gli si somministra liquore arsenicale di Fowler con tintura di valeriana.

2-1-929: urina litri 5. densità 1004.

5-3-929: urina litri 6, densità 1004.

Se per qualche giorno abbandona l'iniezione il volume sale a litri 15-16.

6-7-929: litri 5, densità 1006.

Nel secondo periodo di cura si sostituiscono le iniezioni con la polvere d'ipofisi da fiutarsi.

1-10-929: urina litri 4 1/2, densità 1007.

3-12-929: urina litri 4, densità 1007.

Se però il paziente per qualche giorno non prende la polvere di ipofisi l'urinazione sale subito a 1,10-14 litri al dì.

3° periodo di cura. Associazione terapeutica di inalazione di polvere di estratto pituitarico ed applicazione di raggi X.

Il radiologo dott. Moretti di Roma, alla cui alta competenza mi sono affidato per la parte radiologica, ha usato la seguente tecnica:

Apparecchio Simmetrie (Reineger G. e D. Erlangen) Sc. Eq. = cM 38 — ma. 2 = filtrato Al mm. 4-Zn mm. 0,5.

Distanza anticatodo-pelle cm. 40.

Limitatore cm. 6 × 8.

Ogni irradiazione di ciascun tempo è durata 15 minuti.

10-1-30: reg. temporale S., urina litri 16, densità 1004.

14-1-30: reg. temporale D., urina litri 5.

21-1-30: reg temporale S., urina litri 5, densità 1009.

25-1-30: reg. temporale D.

31-1-30: reg. temporale S., urina litri 5, densità 1012.

7-2-30: reg. frontale.

14-2-30: reg. vertice, urina litri 3, densità 1012.

Dopo questo periodo di applicazione di raggi X che ebbe termine il 20-11-30 il paziente ha urine con densità 1012 e con cloruri e fosfati normali e con una urinazione media giornaliera di litri 3 con una proporzionata ingestione di liquidi anche restando fino a 6 giorni senza fiutare polvere di ipofisi.

Il 15 maggio si inizia una nuova serie di applicazioni di raggi X.

13-5-30: reg. temporale S., litri 4, dens. 1011.

25-5-30: reg. temporale D.

26-5-30: vertice, litri 1.800, dens. 1016.

3-6-30: volta palatina (20'), litri 1.500, dens. 1017.

Dopo questo secondo periodo di irradiazioni il paziente può restare fino a 20 giorni senza fiutare la polvere di ipofisi, con un volume medio di due litri di urina al dì e con una densità di questa sempre superiore a 1014.

Dopo 20 giorni che non fiuta polvere di ipofisi l'urinazione sale ad un massimo di 3 litri scendendo a litri 1,5 appena fiuta la polvere.

Il 31 marzo 1931 si inizia un ultimo periodo di irradiazioni:

3-3-931: reg. temp. D.

6-3-931: reg. temp. S.

11-3-931: vertice.

18-3-931: volta palatina. Urina litri 1,500, densità 1017.

Dal 3 marzo ultimo scorso non fiuta più polvere di ipofisi.

Urine del 30-4-1931: litri 1.400, dens. 1016.

Cloruri normali.

Fosfati normali

Glicemia gr. 0.096 %.

CASO II. M. L., negoziante, anni 51, Perugia, peso kg. 68, statura m. 1,69.

Padre morto a 60 anni di polmonite.

Madre vivente e sana (80 anni), due sorelle stanno bene.

Moglie sana e due figli che stanno bene.

Nell'anamnesi remota e prossima il paziente nega lue ed altre malattie infettive.

Da 2 anni ha cominciato a sentirsi stanco e ad accusare impotenza sessuale. Consultò per questi disturbi un sanitario che gli ordinò una cura joimbinica. Dopo qualche giorno di tale cura il paziente cominciò ad urinare abbondantemente fino a 16 litri al giorno, e cominciò a soffrire una grande sete. Sembra che in un primo tempo vi siano state fuggevoli tracce di zucchero.

All'esame obiettivo nulla di clinicamente dimostrabile negli apparati cardio-vascolare e respira-

torio. Stomaco leggermente ingrandito, intestino normale, fegato debordante tre dita trasverse dall'arcata costale, regione pancreatica indolente, milza impalpabile. Riflessi esagerati, Romberg negativa. Emianopsia sinistra.

4 marzo 1930: urina nelle 24 ore litri 14; densità 1004, glucosio assente; albumina tracce; cloruri scarsi; glicemia gr. 0,085 %.

R. W. negativa; pressione arteriosa: Mx. 130; Mn. 90.

Il radiogramma del cranio in posizione laterale destra mostra una sella turcica normale. Segni di modico aumento della pressione endocranica.

Iniziata subito la cura con polvere d'ipofisi per via nasale l'urinazione scende dopo 3 giorni a litri 10 al dì.

Nell'aprile comincia le applicazioni di raggi X associate a polvere di ipofisi con la stessa tecnica del caso precedente:

5-4-930: reg. temp. D., urina l. 10; densità 1004.
9-4-930; reg. temp. S.; urina 6, densità 1010;
13-4-930: reg. temp. D., urina 4,5, densità 1010
17-4-930: reg. temp. S.
18-4-930: reg. temp.
22-4-930: reg. frontale.
26-4-930: reg. vertice, urina 1.750, densità 1016.

Rivedo il p. nel luglio, fiuta soltanto raramente la polvere di ipofisi e l'urinazione è di 1-2,250 e la sete è assai scarsa più spiccata nelle ore pomeridiane. È aumentato di kg. 3.800. Si sente bene ed ha ripreso il potere sessuale.

Ripete la Roentgen applicatione fiutando 4 volte al dì la polvere d'ipofisi e la diuresi ridiventa normale, come quantità e qualità.

Dai casi su esposti risulta evidente il vantaggio dell'associazione della Röntgenterapia della regione neuro-ipofisaria e della terapia pituitrinica nella cura del diabete insipido, vantaggio, che si dimostra assai più durevole della semplice terapia pituitrinica. Conoscendo l'azione eubiotica dei R. X. così sulle glandole endocrine, quando essi agiscono a dosi stimolanti, come sui centri nervosi (una riprova è l'azione efficace dei R.X. nella cura della poliomielite anteriore acuta) possiamo ammettere che la terapia da noi usata abbia agito con un duplice meccanismo: da una parte per il lento assorbimento della pituitrina da parte della mucosa nasale, il che permette un'azione più prolungata; dall'altra sensibilizzando i centri infundibulari regolatori del ricambio dell'acqua alla pituitrina stessa, che come è noto secondo i concetti da prima emessi dal Pende, deve agire in condizioni fisiologiche come un tonico dei centri infundibolari.

In ogni modo crediamo che i nostri casi, anche per la tecnica seguita nell'applicazione dei raggi X, apportino un contributo alla cura di una malattia la quale non ha nella pituitrina che un rimedio del tutto temporaneo, quando, come il Pende ammette, sia in gioco qualche costellazione patogenetica non soltanto l'insufficienza post-ipofisaria ma la unità funzionale infundibolo-ipofisaria alterata nel suo anello nervoso o in questo e in quello glandolare al tempo stesso.

RIASSUNTO.

L'autore dopo avere fatto una esposizione critica delle varie teorie eziologiche del D. I. analizza tutto ciò che fino a oggi è stato tentato nel campo della terapia. Espone quindi i brillanti risultati da lui ottenuti con una terapia che associa una particolare applicazione dei raggi X con polveri d'ipofisi post. per via nasale.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD et L. RAMOND. *Plomanie chez l'enfant.* Soc. méd. Hôp., Paris, 12 mai 1905.

ACHARD et THIERS. *Diabète insipide des femmes à barbe.* R. Neurolog., 1922, pag. 606.

ACHARD. *Diabète insipide.* Monde Médical, 15 aprile 1925.

ANTOGNETTI e MUGGIA. *Albuminurie non nefritiche*. Edit. Scient.
ANTONELLI. Policlinico, 1926.
ANTONA e CROSETTI. Arch. di pat. e clin. med., 16 ottobre 1929.
AMBARD et LUX. *Le diabète insipide*. Arch. mal. reins, aprile 1922.
ASCOLI M. Atti del Congresso di Medicina interna, Roma, 1923.
BALDUZZI. Riv. oto-neuro-oftalmologica, 1923.
BARÇO. Comun. Acc. Med. Genov., 1928.
BORDE. *La médication hypophysaire dans le diabète insipide*. Thèse, Paris, 1925.
CARRION et HALLION. *Sur l'effet expérimental de l'extrait hypophysaire*. Soc. Thérap., 13 marzo 1907.
CAMUS et ROUSSY. Société Biologie, 28 giu. 1913.
CAMUS, ROUSSY et LE GRAND. *Un cas de diabète insipide par lésion de l'infundibulum*. Soc. Biol., 1 aprile 1922.
CECONI. Minerva Medica, n. 19, 1922.
CHIASSERINI A. *Lesioni sperimentali dell'ipofisi*. Tip. Cartiere Centrali, Roma, 1917.
CIGNOLINI P. *La Radioterapia del diabete insipido*. Riv. Ital. Terapia, n. 8, 1929.
CLAUDE et LHERMITTE. *Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du III ventricule*. Presse Médicale, 23 luglio 1917.
COLLIN. Société de Biologie, 4 luglio 1922; 28 novembre 1922; 21 dicembre 1922; 2 aprile 1924, pag. 853.
CUSHING. *The pituitary body and its desorders*, Philadelphie, 1912.
DI GUGLIELMO G. *Sindromi neuroipofisarie*. Istituto edit. Scientifico, 1928.
FARINI. *Action diurétique de la substance hypophysaire*. Accad. med. Padova, 16 maggio 1913.
ID. *Diabète insipide et opothérapie hypophysaire*. Gaz. degli Osped. 11 settembre 1913.
FERRANINI L. Archivio di patologia e clinica medica, aprile 1924.
ID. Ibid., giugno 1927.
GILBERT DREYFUS. *Le diabète insipide*. Doin, Paris, 1931.
LUZZATTO A. M. Lo Sperimentale, fasc. 5-6, 1917.
MARANON G. *Nuevas orientaciones sobre lo diabetes insipido*. Madrid, Calleja, 1920.
MARINESCO, KAUFFMANN-CALLA e DRAGANESCO. *Action de l'insuline e de l'hypophysine sur l'élimination urinaire et la carbrosurie dans le diabète insipide*. Arch. Mal. Nutrition, 8 ottobre 1929.
MINGAZZINI. Deut. Zeit. Nervenh., 1920, LXVI, H. 5.
MILANI E. Atti del VI Congr. Radiologia Medica, Trieste, 1925.
MUGGIA A. *La diuresi dei tessuti e la diuresi dei reni*. Rif. Med., 1924, XLIX.
ID. *Il diabete insipido*. Arch. Biologia, V, 1928.
PENDE. *Endocrinologia*. Milano. *Debolezze di costituzione*. Roma, Comun. alla Soc. di Biologia Genova, marzo 1928.
ID. *Endocrinologia*. Vallardi, 1923. Milano.
ID. *Trattato sintetico di patologia e clinica medica*. Principato, 1927.
RONDONI. Terapia, 1925.
RATHERY et JULIEN MARIE. *L'Hypophyse en 1930*. Paris Médical, 3-V-1930.
ROUSSY, LABORDE, BOLLACK e G. LÉVY. *Radiothérapie des tumeurs hypophysaires*. Rev. Neurolog., 1926.
SIGNORELLI. Arch. di Pat. e Clin., 1923; Lo Sperimentale, 1922.
SILVESTRI. Rif. Med., 1921, pag. 412.
TALLOWIST. Zeit. f. Klin. Mediz., 8 febbraio 1903.
TRENDELENBURG. *La parte dell'ipofisi e dell'ipotalamo del diabete sperimentale*. Klin. Wochen., 2 settembre 1928.
VAN DER VELLEN. Münchener Medizinische Wochenschrift, n. 15, 1924.
VEIL W. H. Deutsches Archiv für Klinische Medizin, 149, 1925.
VERSETTI-BLINA L. *Il diabete insipido*. Giornale Clinica Medica, XI, VI.
VILLA. Riv. di Clin. Med., 1924; Arch. di Patol. e Clin. Med., 1922-1923, 1925; Endocr. e Patol. cost., 1927, II.
WIDAL, LEMIERRE et DIGNE. Gazette des Hôpitaux, 28 febbraio 1905.

SUNTI E RASSEGNE.

TIROIDE.

Morbo di Flajani-Basedow.

(SAUERBRUCH. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pag. 332, 1931).

Occorre distinguere più tipi di morbo di Flajani-Basedow. Nella forma nervosa la malattia inizia con un trauma psichico. Il viso è arrossato, gli occhi sono molto prominenti, lo sguardo fisso, il tremore molto pronunciato, l'attività cardiale intensa con sensazioni dolorose di pulsazione, dominano crisi di sudorazione e disturbi gastro-intestinali.

In questa forma ciò che domina è lo stimolo abnorme del sistema vegetativo che determina un aumento di secrezione delle ghiandole endocrine. Spicca fra le altre la tiroide per l'attività particolare della sua secrezione che mantiene lo stato di tensione patologica del sistema nervoso. Allo stimolo alla ipersecrezione la tiroide reagisce mettendo in circolo una quantità maggiore del secreto normale, forse non ancora completamente maturo.

In un secondo tempo si ipertrofizza. La gravità di questi casi non dipende solo dalla tiroide, ma da tutte le ghiandole endocrine e dalla irritabilità del sistema nervoso.

L'esame microscopico dimostra che l'alterazione della ghiandola tiroidea è diffusa. Le cellule sono più grosse, cilindriche, con nucleo basale.

Il Basedow nervoso è caratterizzato da una serie di alterazioni vegetative, cardiovascolari e secretive in cui la lesione primitiva è quella del sistema nervoso e la lesione tiroidea è solo uno dei disturbi della irritabilità nervosa.

Il Basedow nervoso può scomparire anche spontaneamente, di solito però persiste e peggiora. La frequenza di queste forme rispetto alle altre è notevole, circa il 60 % ed è di grande importanza pratica perchè se i pazienti vengono operati precocemente si può sperare in una guarigione.

La seconda forma di basedow si riallaccia alle altre alterazioni di ghiandole a secrezione interna, anzi non è raro di trovare una combinazione con disturbi di secrezione della ovaia. Una diminuzione della secrezione della ovaia provoca una attività maggiore della tiroide. Questa forma è stata definita da alcuni AA. con forma ovarogena.

Di fronte a questa forma di Basedow in cui la tiroide è interessata secondariamente, esiste un gruppo di alterazioni che possono esser definite come ipertireosi vere. Queste sono determinate da alterazioni primitive della tiroide. In un punto circoscritto il parenchima subisce una trasformazione nel senso del basedow e la sua secrezione provoca la comparsa dei sintomi gravi del basedow: la trasformazione può dipendere da una tiroidite, da un gozzo preesistente (gozzo lindocificato). A questo gruppo appartiene anche l'adenoma tossico degli americani. Tra queste forme di ipertireosi è da ricordare anche il basedow da iodio.

Le ipertireosi e il vero Basedow hanno in comune l'aumento del metabolismo basale, si differenziano per la prognosi benigna nelle prime, per il momento della comparsa (più tardivo nel M. di B.) per il fatto che le manifestazioni cardiovascolari sono meno intense nella ipertireosi. Un criterio netto differenziale non esiste.

La cura deve indirizzarsi a seconda delle cause. Nella forma nervosa bisogna ricorrere prima a una cura medica diretta specialmente sul sistema nervoso. Dopo 2-3 mesi, se non si hanno miglioramenti, l'intervento porta a guarigione la malattia; quando la malattia è inveterata l'operazione è da rifiutarsi.

Nella forma di B. legata a disfunzione di ghiandola endocrina la cura va diretta a questa o alla eliminazione di focolai infettivi, quando è su base infettiva. L'intervento chirurgico dà buoni risultati.

Nella III forma di ipertireosi vera, l'intervento rappresenta la cura causale.

La timectomia è giustificata nei casi di ipertrofia timica in cui questo stato abbia determinato la comparsa del Basedow. La simpatectomia potrà essere impiegata con risultato solo nelle forme nervose.

Sono stati esagerati i risultati della cura radioterapica. Qualche risultato si potè ottenere nelle forme iniziali, nelle forme conclamate i risultati sono nulli e la cura stessa pericolosa dando una mortalità dal 12 al 20 %.

Per il buon risultato dell'operazione ha grande importanza una buona preparazione dell'operando. Riposo, dieta, somministrazione di iodio sono sempre da impiegarsi. Si ottiene così un miglioramento notevole delle condizioni generali dopo 8-10 giorni ed è in questo periodo che bisogna operare.

Casi gravi e refrattari allo iodio vanno operati in più sedute. L'operazione di scelta è la resezione estesa bilaterale.

La mortalità operatoria è scesa alla metà dopo l'impiego della cura preoperatoria, secondo le statistiche va dal 0 al 27 %.

I risultati lontani sono buoni. Si può contare nel 70 % di guarigioni complete, 20 % di miglioramenti, 10 % di insuccessi.

P. VALDONI.

Il trattamento interno dell'ipertiroidosi.

(H. SCHLECHT e P. HESS. *Die Med. Welt*, 30 gennaio 1932).

Quando ci si accinge a fare un trattamento interno della Malattia di Basedow, occorre pazienza e fiducia, sia da parte del paz. che da quella del medico, essendo questo metodo di una durata assai lunga e la molteplicità dei quadri fisiopatologici del Basedow giustificando la necessità di trattamenti speciali per ogni caso. Gli AA. partendo da una base unicista, raccolgono tutti i casi di Basedow dai più leggeri (cosidette forme Basedowoidi o fruste) ai più gravi, in un'unica forma in cui a base del complesso sintomatico e clinico e delle ricerche sul ricambio si dimostri una maggiore attività della tiroide, essendo le alterazioni sempre le stesse, e solo essendo differenti per grado.

Nella eziopatogenesi del Basedow, giuoca un ruolo importante la costituzione e la disposizione neurotica, spesso ereditaria, e tutti i fenomeni lasciano chiarire come esista una ipereccitabilità del sistema simpatico ed in piccola parte anche del parasimpatico. Su tali basi si deve istituire la terapia interna dell'ipertiroidismo. La terapia conservatrice si basa sulla cura del riposo e sulla cura climatica. La cura del riposo deve essere assoluta e prolungata, specialmente nei casi di media gravezza o gravi anche per settimane e mesi.

Quando è possibile queste cure debbono essere fatte in Cliniche ed istituti specializzati. Con tale metodo si ottengono miglioramenti assai cospicui, senza però che si possa ottenere una guarigione completa. Data l'eccitabilità del sistema neurovegativo di questi soggetti, affetti da Basedow, e della grande loro labilità psichica, è dovere del medico di fare un contemporaneo trattamento psichico, rassicurando il paz. dell'efficacia della cura e della necessità di avere pazienza e fiducia nel trattamento. Tutte le cure fisiche ed idroterapiche invece non giovano a nulla, ma qualche volta invece possono recare danno. Riesce di grande giovamento la cura climatica, specialmente associata od intercalata alla cura del riposo, in luoghi a media altezza (600-1200 m.).

Grande importanza ha la terapeutica dietetica. Il ricambio dei Basedowiani è aumentato, mentre invece il bilancio dell'azoto è negativo; esiste quindi in questi soggetti un'abnorme di-

struzione di albumina e i tentativi di rendere positivo il bilancio dell'azoto con una superalimentazione di albumina, non portarono ad alcun beneficio dei sintomi gravi della malattia. Occorre invece limitare l'apporto di albumina animale, perchè, secondo Curschmann, il ricco contenuto delle carni, in triptofano (e anche del latte, formaggio ed uova) che è la sostanza fondamentale della tirosina, rappresenta la causa dannosa. In ogni modo la ricca alimentazione albuminoidea aumenta l'attività secretoria della ghiandola. Gli AA. fino dal 1911 impiegano nella terapia dietetica del Basedow un trattamento ricco di idrati di carbonio, con limitazione delle albumine al minimo possibile. In casi gravi tale trattamento è prolungato anche per 1/4 o 1/2 anno, intercalando alcuni giorni con dieta contenente piccole quantità di carne, pesce o uova. Con tale metodo gli AA. dicono di avere ottenuto, anche in casi gravi, ottimi miglioramenti, senza danno alcuno per i paz. dalla privazione completa di albumina. La dieta è basata su idrati di carbonio, ricchi anche in proteine vegetali (patate, mais, segala, legumi, farina di legumi, frutta e zucchero), in cui invece la percentuale in grassi è tenuta circa a cifre normali.

L'alimentazione povera in grassi, raccomandata da Lange, e il vitto speciale di Thoenus, che ha lo scopo di abbassare il R. B. per limitazione di apporto di calorie, non è raccomandabile, perchè se raggiunge il suo scopo, può arrecare dei danni coll'abbassamento del peso del corpo. Non conviene quindi arrischiarsi in questo metodo, quando si sa che è possibile ottenere l'abbassamento del R. B. anche senza perdita del peso corporeo. L'altezza del R. B. non corrisponde al grado della malattia, nè essa è la causa della tachicardia (Smith, Kommerell). Gli AA. henno osservato infatti su 150 casi di Basedow, in trattamento curativo, che se di regola cadono tanto il R. B. quanto la tachicardia, tuttavia si danno casi, anche non raramente, in cui invece a R. B. ritornato normale la tachicardia persiste.

Si deve quindi nel Morbo di Basedow, prendere come segno di buon trattamento il miglioramento del quadro clinico, e non di singole manifestazioni.

Colla cura dietetica ed igienica si può arrivare così ad un sicuro miglioramento della malattia, senza avere la pretesa di una vera e propria guarigione; però nei casi gravi questo metodo non deve essere la sola terapia.

Come cura medicamentosa gli AA. consigliano il fosfato di sodio, in soluzione al 10 % (3 volte al giorno un cucchiaio da tavola); il tonofosfan non presenta alcun vantaggio sul fosfato di sodio, il quale agirebbe, secondo König, per l'apporto di basi, per le quali le alterazioni della labilità del potere regolatore di fronte agli acidi nella ipertireosi sono influenzate facilmente. Allo stesso scopo servono il Basika, Protylni, Recresal ecc.

Negli stati di maggiore eccitamento è utile il bromuro di sodio, o il luminale sodico e certe volte l'idrato di cloralio. Gli AA. non raccomandano il trattamento iodico, perchè la Radioterapia lo sostituisce, evitandone i pericoli eventuali, mentre la cura iodica invece è vantaggiosa in preparazione del trattamento chirurgico. L'uso del sangue animale (Bier) non è stato provato dagli AA.; Blum ha raccomandato la terapia del Basedow con il « Schuthkosf » il quale è un preparato, che si basa sugli studi esperimentali fatti da Blum sopra il significato e le funzioni delle paratiroidi; Blum consiglia di unire il trattamento con vitto di latte, verdure ed « Haemokrinin ». Herzfeld e Frieder dicono di avere ottenuti buoni risultati con la cosidetta « terapia di sostituzione ormonale ». Molti raccomandano il trattamento colla ergotamina (Adersberg-Porges ecc.) che si basa sull'azione antagonista dell'ergotamina sul simpatico. Platt è contrario a questo metodo, non avendo avuti buoni risultati, ma anzi in un caso una gangrena. Difficile è la cura sintomatica della tachicardia. Il chinino e la chinidina, abbassando la frequenza del polso, migliorando anche le condizioni generali. La digitale invece è inutile.

In qualche caso il trattamento insulinico ha agito favorevolmente specie, se associato alla cura dietetica. Nulla azione ha sulla tachicardia l'insulina. Manzini.

Ipertiroidismo e tubercolosi.

(G. Marañon. *Rev. Méd. de Barcelona*, novembre 1931).

Questo tema, che non desta forse più oggi l'interesse che sollevava nel mondo medico alcuni anni fa, riveste indubbiamente una notevole importanza pratica e teorica. Un primo punto interessante è la relativa rarità delle lesioni tubercolari della tiroide per cui i turbamenti funzionali di codesta ghiandola originati dalla infezione tubercolare, si producono senza invasione specifica della ghiandola stessa. Questa rarità non è però tanto grande se si pensa che è talvolta necessario un accurato esame microscopico per stabilire l'esistenza di una lesione tbc. della tiroide, mentre la maggior parte degli anatomo-patologi si limita al semplice esame macroscopico. Ad ogni modo appare probabile una speciale resistenza del parenchima tiroideo di fronte alla infezione tbc. Ciò è confermato anche dalla clinica poichè i casi di lesioni tbc. della tiroide evolvono con particolare lentezza e benignità: questi casi però non presentano interesse clinico notevole in quanto che generalmente non danno luogo ad alcuna sintomatologia funzionale. Ben maggiore importanza rivestono invece le alterazioni della funzione tiroidea (generalmente

ipertiroidismo) che si hanno nei tubercolosi con infezione in atto in un qualsiasi organo. Gli AA. concordano nell'ammettere che queste manifestazioni di ipertiroidismo si hanno generalmente nei giovani e nelle forme lievi ed iniziali: sono invece estremamente rare nei casi avanzati.

Frequenza dell'ipertiroidismo tubercolare. È difficile a stabilirsi per la difficoltà diagnostica della malattia in sè: si tratta infatti generalmente di ipertiroidismo lieve e di infezione iniziale. È da considerare inoltre che esistono sindromi particolari di irritabilità neurovegetativa, principalmente simpatica, che riproducono gran parte della sintomatologia basedowiana (tremore, tachicardia, irritabilità vasomotoria, disturbi gastrici e intestinali) senza che si possa affermare che la tiroide abbia alcuna parte nella patogenesi. Indubbiamente esiste una stretta parentela fra queste forme che si potrebbero chiamare « neurosi vegetative basedowoidi » e l'ipertiroidismo, ma questo ultimo sarà diagnosticato solo quando si riscontreranno i tre sintomi principali: aumento di volume della tiroide, dimagrimento rapido e aumento del metabolismo basale. Ma spesso nella pratica una netta distinzione non è possibile; nè la ricerca del metabolismo basale è di grande aiuto poichè è fatto noto che anche i casi più autentici di ipertiroidismo presentano periodi di riposo con metabolismo basale normale.

Ma se la diagnosi di ipertiroidismo in soggetto tubercoloso è tutt'altro che facile, non meno difficile è il riconoscere gli stati di tubercolosi incipiente negli ipertiroidei in quanto i sintomi della prima forma possono essere facilmente giudicati pertinenti al quadro di iperfunzione tiroidea.

Nè la febbricola è un segno sicuro dell'infezione inquantochè essa in casi relativamente frequenti è legata direttamente alla disfunzione endocrina senza partecipazione infettiva dimostrabile.

È da considerare però che la stessa instabilità termica creata dall'ipertiroidismo può servire come rivelatrice di focolai infettivi, principalmente tbc.; tanto latenti e minimi che non sarebbero stati capaci di per sè soli, in un terreno non sensibilizzato, a produrre alcuna reazione febbrile. Posti in chiaro questi fatti si può affermare che la frequenza delle reazioni ipertiroidee nella tbc. giovanile e incipiente è veramente notevole, ovverosia, detto in altra maniera, che è molto frequente la origine tbc. latente dell'ipertiroidismo giovanile. Questa frequenza l'A. ritiene, dal complesso delle sue osservazioni, sia del 68,5 % onde conclude come sia necessario ricercare in ogni ipertiroidismo giovanile la presenza di un eventuale focolaio tbc. latente.

Sintomatologia. È quella delle sindromi ipertiroidee attenuate con manifestazioni principalmente simpaticotoniche (tachicardia, tremore, reazioni vasomotorie): manca generalmente l'intenso dimagrimento e il forte esoftalmo: lo struma si presenta quasi sempre di piccole dimensioni.

Talvolta si può seguire chiaramente un parallelismo fra la evoluzione delle manifestazioni ipertiroidee e quella delle lesioni tbc. La febbre di tipo discreto e continuo è molto frequente. Dei 137 casi di ipertiroidismo tbc. studiati dall'A. il Met. Bas., ricercato in 27 casi diede sempre risultati superiori alla norma. Ma ciò non prova che in tutti i casi di ipertiroidismo tbc. il M. B. sia aumentato perchè è dimostrato che può mancare l'ipermetabolismo e esistere l'ipertiroidismo, come anche può l'ipermetabolismo esser causato dalla evoluzione febbrile del focolaio infettivo.

Il decorso di questi casi suole esser benigno dal punto di vista della tbc. mentre invece il corso dell'ipertiroidismo suole essere molto tenace, resiste ai trattamenti abituali e presenta una chiara tendenza a recidivare.

Patogenesi. Oggi sappiamo che l'ipertiroidismo in generale risulta dalla cooperazione di due fattori: un fattore predisponente, costituzionale (costituzione astenica) e un fattore determinante (che può essere uno stato emotivo, un accidente sessuale, una infezione generale o latente). Fra queste infezioni latenti la più importante è la tubercolare. La ragione della frequenza di questa varietà tubercolare dell'ipertiroidismo dipende non solo dal fatto che l'infezione tbc. è la più frequente bensì anche dall'indubbio tropismo che ha la tossina tbc. per il sistema simpatico. La predisposizione astenica familiare è già un abbozzo del quadro clinico dell'ipertiroidismo: qualunque focolaio tbc. può essere il punto di partenza per la reazione ipertiroidea: il più frequente però è il focolaio polmonare. Molte di queste lesioni sono difficili a diagnosticarsi sì che talvolta i termini del ragionamento si invertono ed invece di ricercare i segni dell'ipertiroidismo nei tubercolosi si ricerca, in presenza di un ipertiroidismo giovanile con le caratteristiche suddescritte, la possibile esistenza di un focolaio tubercolare latente.

È difficile spiegare per quale ragione essendo l'ipertiroidismo una conseguenza della lesione tubercolare esso si abbia solo nelle forme lievi ed iniziali della malattia mentre manca negli stadi avanzati: ma se la reazione ipertiroidea viene considerata di tipo difensivo, come pare confermato dal fatto che la tubercolosi ha negli ipertiroidei una evoluzione lenta e benigna, si può ammettere che in seguito ad un eccessivo stimolo tossico come si ha nelle infezioni tbc. gravi la reazione della tiroide venga a mancare e si trasformi nello stato opposto di ipotiroidismo.

Trattamento. È necessario curare la tubercolosi senza preoccuparsi dell'ipertiroidismo.

Quando il trattamento contro l'infezione agisce efficacemente, anche la sindrome ipertiroidea cede lentamente il campo. È da segnalare l'efficacia del trattamento insulinico: l'azione in certo qual modo antisimpaticotonica dell'insulina modera la sintomatologia neurovegetativa ed agisce favorevolmente sullo stato generale. L'insulina deve essere somministrata insieme a forti quantità di idrati di carbonio comprese le iniezioni di siero glucosato. Il riposo e la cura climatoterapica sono infine l'arma più poderosa che il medico possegga per combattere questi stati di ipertiroidismo tubercolare. G. LA CAVA.

Ascite ed insufficienza tiroidea.

(I. BERETERVIDE e L. HERRERA. *Arch. Arg. de enferm. apar. digest y nutricion*), febbraio-marzo 1932).

L'azione benefica degli estratti tiroidei nelle cosidette « sindromi idropigene », siano esse o no associate alla insufficienza tiroidea, è un fatto conosciuto già da tempo.

Eppinger, Alison, Coronedi ed altri hanno dimostrato l'azione diuretica della tiroidina, in nefritici e cardiaci con anasarca, anche in casi in cui non esisteva alcun sintomo di insufficienza tiroidea. Più chiaro è l'effetto della tiroidina negli infermi portatori di ritenzioni idriche, sia sotto forma di edemi più o meno estesi, sia sotto forma di asciti, nelle quali non si trova altro disturbo che un terreno francamente ipotiroideo. Alcuni casi di tale natura, con edemi blandi, ascite ed idrotorace, in donne la cui età oscillava fra i 20 e i 40 anni, furono trattate da Knud Faber, Marsh ed altri con tiroidina, ottenendo un'intensa diuresi, una rapida eliminazione degli edemi e trasudati, e rapido miglioramento dei sintomi ipotiroidei.

L'A. contribuisce allo studio della questione riportando l'osservazione di una inferma di 28 anni, la cui malattia erasi iniziata tre mesi prima di venire sotto l'osservazione dell'A. Essa presentava un notevole grado di ascite libera, che alla puntura esplorativa si rivelò formata da liquido a Rivalta intensamente positiva, con linfocitosi dell'85 % e albumina in quantità di 76 gr. per mille, assente il b. di Koch.

Scartata l'origine cardiaca, renale o tubercolare dell'ascite, l'A. pensò di trovarsi di fronte ad una sindrome endocrino-simpatica nella quale predominassero i sintomi ipotiroidei: si trattasse cioè di una ascite di origine ipotiroidea. Lo confortavano nella sua opinione l'assenza dei b. di Koch ripetutamente ricercati nel liquido, la negatività delle inoculazioni alla cavia, la mancata azione dei vari trattamenti classici dell'ascite: riposo, tonificazione, elioterapia e raggi ultravioletti.

Iniziata infatti la opoterapia tiroidea ottenne subito una rapida e marcata azione risolutiva non solo sull'ascite ma anche sull'aspetto generale dell'inferma, essendo scomparsa la caratteristica facies detta « *maschera renale degli ipotiroidei* ». Da notare che la sospensione temporanea dell'opoterapia provocava la riapparizione dell'ascite. G. LA CAVA.

La cura delle ipertiroidie con la Roentgen- e la curieterapia.

(MAISIN, GOIDSENHOVEN, VASSILIADIS, JACMIN e STEEN. *Rev. Belge des scienc. méd.*, n. 7, vol. III, agosto-sett. 1931).

Dopo avere ampiamente discusso lo stato attuale della terapia medico-chirurgica delle ipertiroidie gli AA. riportano i risultati della loro larga esperienza in proposito.

La *tecnica* da loro usata fu la seguente: 1) *Roentgenterapia;* una seduta settimanale di 350 R. Solomon su ogni lobo tiroideo. Il raggio deve essere diretto tangenzialmente al laringe in modo da evitarla. 160-180 kw., filtrati su 1/2 millimetro di rame + 2 millimetri di alluminio. 10 oppure 12 sedute settimanali consecutive. Due mesi dopo l'ultima seduta, se il caso lo esige si fanno altre 6 od otto sedute.

1) *Curieterapia*: si applica sul collo del malato un apparecchio modellato in pasta di Columbia o in Stents, in maniera che avviluppi tutto il gozzo e non lasci che un po' di libertà per i moti del collo. Si mantiene a tre o quattro cm. lontano dalla pelle con feltro od ovatta in fogli sovrapposti. Su questo apparecchio si dispongono 100 mmgr. in tubi da 5 mmgr. filtrati ad 1 mm. di platino. Si devono disporre i tubi in superficie sì da realizzare una irradiazione omogenea lasciando un bordo in alto e in basso da dare 1/2 millicurie per centimetro quadrato di superficie irradiante. In genere occorrono 55-60 ore divise in 5-7 giorni.

Conseguenze del trattamento: le prime tre o quattro settimane che seguono alla cura sono assai moleste per il persistere o anche l'aggravarsi della sintomatologia. Passato questo periodo di reazione, il malato migliora subito molto.

Circa il vero modo di agire del radium esso ci è ignoto, sembra però che esso modifichi proprio la funzione cellulare.

Risultati terapeutici: Gli AA. su 20 casi di gozzi esoftalmici tipici avrebbero avuto con i raggi X: 16 evoluzioni felici; 12 sono da considerare guariti, 3 sono molto migliorati ed uno è migliorato discretamente. Su sei casi di adenomi tossici: in tre casi si ebbe risultato felicissimo: due sono del tutto guariti, ed uno è fortemente migliorato. Negli altri

tre casi non vi fu miglioramento notevole onde vennero sottoposti alla cura col radium che li guarì o li migliorò. Furono poi trattate quattro forme fruste, di cui una guarì, una migliorò molto, mentre le altre due dovettero essere ulteriormente curieterapizzate.

Alla curieterapia furono sottoposti in tutto 91 casi. Su 64 gozzi esoftalmici tipici si ebbero 58 evoluzioni favorevoli: 12 guarigioni, 6 fortissimi miglioramenti, 5 notevoli miglioramenti e 5 miglioramenti.

Vi furono poi sei evoluzioni disgraziate: uno senza effetto che si dovette poi operare e 5 morti; due per causa sconosciuta e tre per progresso infrenabile del morbo.

Su 16 casi di adenomi tossici si ebbe col radium: 11 guarigioni, tre miglioramenti spiccati e due miglioramenti. Su 11 casi di forme fruste si ottennero otto guarigioni, un miglioramento assai netto, e due miglioramenti.

La *mortalità* osservata dopo applicazione di radium è certo una questione del più alto interesse. Sui 91 casi riuniti dagli AA. si ebbero cinque decessi nei primi mesi consecutivi alla cura. In realtà essi fanno notare che questi 5 decessi vanno ripartiti nella totalità dei casi trattati col radium cioè su 250 casi.

I casi di *curieresistenza* si devono considerare eccezionalissimi.

Le lesioni cutanee, le radioneurosi, le aderenze post-terapeutiche si devono evitare con una corretta tecnica.

Il *trattamento medico associato* solleva un grave problema. Paiono preziosi coadiuvanti il riposo fisico e morale, nonchè l'alimentazione adatta.

Circa l'uso del *lugol* si deve certo condannare la soppressione dello jodio durante il trattamento al radium quando la cura jodica è già stata iniziata prima. In ogni modo la medicazione jodata associata alla curieterapia è un metodo di valore, ma deve essere sorvegliata assai da vicino se no può essere assai pericolosa. I risultati ottenuti col metodo degli AA. sono in tutto paragonabili a quelli ottenuti con la tiroidectomia.

La scelta del trattamento chirurgico o curieterapico può essere lasciata al malato, salvo indicazioni speciali. L. TONELLI.

PARATIROIDI.

Sclerodermia e paratiroidi.

(H. MAMON. *Gazette des Hôpitaux*, 12 marzo 1932).

La sclerodermia è ancora una malattia piena di incognite. Tra le numerose teorie patogenetiche quella che predomina oggi è la pluriglandolare e fra le ghiandole a secrezione interna la maggiore importanza è data alle paratiroidi, che regolano il metabolismo del calcio costantemente alterato nella sclerodermia.

Sindromi paratiroidee. Sindromi d'insufficienza paratiroidea sono la tetania spesso associata a cataratta bilaterale, e inoltre disturbi trofici: alopecia, canizie, lesioni dentarie. Sindromi d'iperparatiroidismo si hanno nell'osteite fibrosa di Recklinghausen, nell'osteomalacia e nel rachitismo, e il loro quadro clinico è composto da ipotonia muscolare, diminuzione dell'eccitabilità elettrica dei muscoli, decalcificazione ossea con ipercalcemia e ipercalciuria. Vi si possono aggiungere coliche renali, depositi calcarei sottocutanei.

Per i rapporti fra sclerodermia e insufficienza paratiroidea si devono rilevare i casi, non eccezionali sebbene non frequentissimi, di tetania o di cataratta associata a sclerodermia, e anche di tetania e cataratta insieme associate a sclerodermia, come pure di sclerodermia e malattia di Dupuytren.

L'associazione sclerodermia-cataratta costituisce la sindrome della malattia di Rothmund, che può comparire a tutte le età, ma è più frequente nella donna giovane, ha inizio insidioso, con disturbi genitali nella donna (amenorrea precoce e persistente), e si accompagna a disturbi laringei. La cataratta è precoce, bilaterale e rapidamente progressiva ed è prevalentemente corticale. La sclerodermia è spesso accompagnata da altri disturbi trofici cutanei (ulcerazione, ipercheratosi). Si possono avere contemporaneamente telangectasie, alopecia, modificazioni dentarie.

L'alterazione del ricambio calcico nella sclerodermia è un elemento a favore dei rapporti fra questa malattia e le paratiroidi. La sclerodermia con concrezioni calcaree dolenti che possono eliminare spontaneamente il contenuto cretaceo costituisce la sindrome di Thibierge e Weissenbach. Le concrezioni sono state paragonate ai tofi della gotta e agli xantomi. Le concrezioni calcaree possono essere cutanee, ma anche viscerali (pleure, polmoni, miocardio, ipofisi).

Alla sclerodermia possono associarsi anche lesioni articolari ed ossee, osteomalacia.

L'aumento della calcemia non è però costante nella sclerodermia.

Esistono due casi, uno di Sannicandro e uno di Leriche in cui fu osservata un'alterazione anatomica, controllata anche istologicamente, delle paratiroidi.

Per la cura, se ci sono segni di ipoparatiroidismo si possono avere miglioramenti coll'opoterapia, specialmente con i preparati più recenti (paratormone di Collip, paroidina di Hausion).

Nei casi con ipercalcemia e con manifestazioni di iperparatiroidismo è indicata l'estirpazione di una o di due paratiroidi con o senza legatura dell'arteria tiroidea inferiore.

R. LUSENA.

Paratiroidismo e paratiroidectomia.

(M. BALLIN et P. F. MORSE. *Ann. of Surgery*, vol. XCIV, 4, pag. 592-610).

Intendono per paratiroidismo l'iperparatiroidismo. I rapporti fra questo e l'osteite fibrosa cistica furono messi in evidenza la prima volta da Askanazy nel 1904 e in seguito da Erdheim nel 1907.

Si possono avere sindromi da ipo- o da iperfunzione delle paratiroidi. Gli AA. presentano questo schema:

	Deficenza	*Iperfunzione*
Paratiroidi	malate traumatizzate asportate	iperplastiche adenomatose
Ossa	non interessate	alisteretiche fragili
Muscoli	contrazioni cloniche	ipotonici
Nervi	ipereccitabili	normali
Calciemia	bassa (4-6 milligrammi)	alta (12-20 milligrammi)
Fosforemia	aumentata (10 mmgr.)	diminuita (1-2 mmgr.)
Terapia	estratti ghiandolari calcio	paratiroidectomia

Gli AA. ritengono che i tumori giganto-cellulari e le cisti ematiche che caratterizzano il morbo di v. Recklinghausen siano in dipendenza di zone decalcificate.

La decalcificazione causa un abbassamento della statura per flessione delle ossa lunghe e schiacciamento delle vertebre. Si hanno dolori violenti per queste deformazioni scheletriche e secondo gli AA. sopratutto per l'ipercalcemia. Questa però può anche mancare e la diagnosi di iperparatiroidismo può essere posta in presenza degli altri sintomi. Si riscontra sempre un *deficit* nel metabolismo del calcio.

In accordo con Oppel includono fra le lesioni dipendenti da una ipercalcemia anche le artriti anchilosanti specie quelle che interessano anche la colonna; le neoformazioni ossee caratteristiche di questa malattia sono interpretate come depositi metastatici di calcio.

L'origine paratiroidea delle malattie delle ossa ricordate e del morbo di Paget, di Perthes e altri sarebbe dimostrata sperimentalmente e clinicamente.

Hanno operato per diverse malattie dello scheletro 15 malati di paratiroidectomia, con buoni risultati. Le operazioni però dovrebbero essere più precoci perchè molti sintomi non regrediscono più. D'altra parte l'intervento non presenta rischi tali da non essere giustificato anche in casi precoci.

Nei loro casi gli AA. hanno anche osservato sintomi gastrici, sopratutto vomiti e orinari consistenti in formazione di calcoli. Molti dei loro malati presentavano anche sintomi dovuti a lesioni di altre ghiandole a secrezione interna.

In gran parte dei casi degli AA. le paratiroidi apparivano ingrossate oppure si rinvennero dei noduli nel grasso periglandolare, senza che l'esame istologico rivelasse chiari segni di una iperfunzione.

La cura consiste nell'asportazione di almeno 2 delle paratiroidi, possibilmente le 2 inferiori. M. ASCOLI.

L'importanza dell'iperparatiroidismo in alcune distrofie ossee e nella poliartrite anchilosante.

(WELTI. *Journ. d. Chir.*, t. 38, n. 5, 1931).

L'importanza dell'iperparatiroidismo nell'evoluzione di alcune malattie ossee, particolarmente nell'osteite fibrosa cistica generalizzata, sembra ormai accertata e la questione della paratiroidectomia in tali circostanze è all'ordine del giorno.

In base a dati clinici e sperimentali si è accertato che l'ipocalcemia è legata ad ipoparatiroidismo e l'ipercalcemia ad iperparatiroidismo. Sperimentalmente l'iperparatiroidismo, insieme ad una elevazione del tasso calcemico, importa anche una decalcificazione del tessuto osseo. Secondo i più recenti contributi l'osteite fibrosa cistica generalizzata, o malattia di Recklinghausen, sarebbe dovuta ad una iperfunzione delle paratiroidi che in una forte percentuale di casi si mostrano ipertrofiche.

Che questa ipertrofia sia la causa e non la conseguenza della malattia ossea vien dimostrato da constatazioni anatomiche, cliniche e terapeutiche.

L'ipertrofia, infatti, interessa il più delle volte una sola ghiandola mentre se fosse secondaria dovrebbe colpire tutte le paratiroidi. Clinicamente esistono grandi analogie fra le manifestazioni del morbo di Recklinghausen e la sindrome iperparatiroidea sperimentale di Collip: il metabolismo del calcio deficitario, i disturbi digestivi, l'ipotonia e l'ipoeccitabilità muscolare si osservano ugualmente nei due casi. Solo le lesioni scheletriche sono un po' differenti poichè nella sindrome sperimentale si ottiene una rarefazione ossea senza formazione di cisti. Evidentemente le condizioni speciali dell'esperimento sono la causa di questa discordanza, e d'altra parte nei casi avanzati di m. di Recklinghausen le formazioni cistiche possono sparire per dar posto a un'osteomalacia diffusa. Finalmente i risultati terapeutici hanno fornito l'argomento decisivo per ammettere che l'iperfunzione paratiroidea è primitiva e non secondaria, reattiva,

alla malattia ossea poichè in tal caso non si sarebbero avuti i successi — in alcuni casi veramente brillanti — consecutivi a paratiroidectomia. Nel 1930 Ask Upmark raccoglie 14 casi completamente guariti, ai quali è da aggiungerne 3 raccolti successivamente da Welt.

Alcuni fatti depongono contro la concezione endocrina del m. di Recklinghausen. Dal punto di vista terapeutico, l'incostanza dei risultati della paratiroidectomia, che però in non pochi casi è da riferire ad un'ablazione insufficiente di tessuto paratiroideo. Dal punto di vista clinico, la possibilità di trovare valori calcemici normali in ammalati di Recklinghausen e la diversità delle manifestazioni ossee nell'iperparatiroidismo sperimentale. Dal punto di vista anatomico, l'esistenza di adenomi paratiroidei senza alterazioni ossee e l'assenza di lesioni anatomiche delle paratiroidi in alcuni casi di m. di Recklinghausen. In questi casi è lecito pensare che non tutti gli adenomi paratiroidei sono tossici — e per ciò non tutti danno segni d'iperparatiroidismo — e che i disturbi funzionali endocrini sono possibili all'infuori di alterazioni macroscopiche della glandola mentre in qualche caso le lesioni anatomiche possono non essere state riconosciute.

In conclusione W. è sostenitore della etiologia endocrina dell'osteite fibrosa cistica generalizzata e dell'intervento precoce sulle paratiroidi nella terapia di questa malattia.

Per quanto riguarda i rapporti fra iperparatiroidismo e altre distrofie ossee, W. ritiene che il *rachitismo*, l'*osteomalacia*, il *m. di Paget* non sono da mettere in rapporto con un'iperfunzione paratiroidea, e che spesso sono stati confuse queste malattie col m. di Recklinghausen. Per contro, nella *poliartrite anchilosante* l'ipercalcemia, l'ipoeccitabilità muscolare e i risultati incoraggianti della paratiroidectomia in diversi casi parlano in favore dei rapporti fra questa malattia e un'iperfunzione paratiroidea; ma la sua origine unicamente endocrina non è stata potuta dimostrare. Sembra piuttosto che essa sia dovuta a un processo infiammatorio locale che colpisce successivamente parecchie articolazioni e capace di produrre anchilosi. Talora l'iperparatiroidismo favorirebbe queste anchilosi, ma ciò è da ammettersi con riserva e solo in casi di ipercalcemia molto elevata. È in tali casi che può essere consigliata la paratiroidectomia.

Nell'*osteite fibrosa cistica localizzata* non sono state descritte alterazioni delle paratiroidi, la calcemia è normale e le cisti guariscono spontaneamente o con un intervento diretto locale; perciò non è giustificata la paratiroidectomia.

Chiude il lavoro un breve capitolo sul dosaggio del calcio. G. PACETTO.

SURRENI.

Corteccia surrenale e malattia di Addison.

(M. POUMAILLOUX. *Gazette des Hôp.*, n. 9, 1932, e *Paris Méd.*, n. 5, 1932).

Per molto tempo nello studio delle funzioni delle ghiandole surrenali si è fatta parte preponderante alla zona midollare e al suo prodotto, l'adrenalina, in confronto della zona corticale, negletta. Già dal 1913 però, per merito di Biedl, si era sperimentalmente stabilito che quest'ultima, sola, è indispensabile alla vita e, conseguentemente, si era fatta strada l'idea che nella malattia di Addison si trattasse probabilmente più di un'insufficienza della corticale che della midollare.

Tentativi fatti in passato nella m. di Addison sia con adrenalina sia con estratti di surrenale detti totali avevano sì permesso di constatare qualche miglioramento parziale nello svolgersi del quadro morboso (aumento della pressione arteriosa, ripresa dello stato generale), ma non si era mai pervenuti alla sicura constatazione di una rigorosa azione sostitutiva da parte degli estratti impiegati. In questi ultimi anni in America da più parti si sono intrapresi studi con questo obbietto; recentemente due gruppi di ricercatori, lavorando indipendentemente gli uni dagli altri, sono riusciti a fabbricare degli estratti surrenali tali che in animali surrenalectomizzati esplicano una funzione suppletiva completa e forniscono altresì ottimi risultati clinici se impiegati nella cura della m. di Addison.

Ora la caratteristica essenziale di questi nuovi estratti è d'esser preparati con la corteccia delle ghiandole e d'esser privati il più completamente possibile di quella piccola quantità di adrenalina che nella corticale si trova. I metodi di preparazione, cui gli AA. sono giunti attraverso lunghe elaborazioni, sono essenzialmente due: quello di Hartman (1930) e quello di Swingle e Pfiffner. Il primo consiste fondamentalmente in un'estrazione con etere, che è in seguito evaporato a bassa temperatura; il residuo è ripreso con alcool a 80° scaldato leggermente, di nuovo purificato e infine ridisciolto nell'acqua. Con un estratto preparato in questo modo, che Hartman denomina « cortina », l'A. è riuscito a mantenere in vita dei gatti decapsulati da 80 a 200 giorni. Secondo la dose somministrata l'aumento di peso è più o meno grande; gli animali cui è somministrata una dose sufficiente non si distinguono per nulla dai normali; gatti ridotti a uno stato d'impotenza e di prostrazione estreme con dispnea e convulsioni, ritornano alla vita in seguito alla somministrazione dell'estratto e il ripristino funzionale è estremamente rapido.

Il metodo di Swingle e Pfiffner si basa sul-

l'uso di sostanze solventi dei lipoidi nella preparazione dell'estratto. Essi utilizzano le surrenali di bue private il più completamente possibile del grasso e della loro sostanza midollare. La prima estrazione è fatta con l'alcool; le successive con la benzina, l'acetone e con un miscuglio etere-alcool a 70°. I solventi sono successivamente evaporati a freddo in un vuoto relativo; l'ultima soluzione è sottoposta a una filtrazione speciale per cui si separa l'etere, che tiene in soluzione i lipidi e asporta il residuo dell'adrenalina, dall'alcool che contiene l'ormone corticale. Questo è ripreso con alcool a 95° e finalmente utilizzato in soluzione acquosa. 30 gr. di corteccia surrenale danno 1 cc. d'estratto iniettabile; questo non contiene più di 1:4.000.000 d'adrenalina. Tutti i gatti surrenalectomizzati trattati con questo estratto hanno mostrato una sopravvivenza praticamente indefinita, variando la dose giornaliera iniettata da 1/4 a 1/6 di cc.

Passando dal campo sperimentale alle applicazioni clinione, nel 1930, quasi contemporaneamente, Hartman da un lato col suo estratto, Rowntree e Greene dall'altro, usando l'estratto di Swingle e Pfiffner, ottennero risultati brillanti in due casi di m. d'Addison.

Somministrati gli estratti quasi in extremis, quando già gli ammalati con scarso beneficio erano stati trattati sia con iniezioni d'adrenalina sia con estratti surrenali per via orale, l'effetto benefico fu quasi immediato, sorprendente. Questi risultati clinici vennero in seguito confermati da più parti. In Europa Simpson, di Londra, ha riferito un'osservazione che è perfettamente paragonabile a quella degli autori americani.

All'ultimo congresso annuale dell'Associazione medica degli Stati Uniti Rowntree e i suoi Collaboratori hanno riferito i risultati ottenuti in un lotto di 20 ammalati, da loro fino ad oggi trattati col nuovo estratto. Tre di questi, avendo dovuto sospendere la cura per la impossibilità del procurarsi l'estratto a domicilio, sono morti qualche settimana dopo le ultime iniezioni. Altri quattro, dei quali tre erano in condizioni molto gravi, avevan conservato uno stato soddisfacente, quantunque l'estratto fosse loro somministrato solo intermittentemente, ricevendo negli intervalli sia dell'adrenalina sia delle surrenali disseccate per via orale. Uno scacco è riferito dagli Autori: trattavasi di un malato in istato di estrema debolezza e con segni di ipotiroidismo oltre che di iposurrenalismo grave. Nella stessa riunione Mc Cullagh segnalò che aveva sperimentato con estratti preparati secondo i due metodi e che aveva notato maggior efficacia dall'estratto preparato secondo Swingle e Pfiffner che dall'estratto secondo Hartman.

In tutti i casi è stato notato fra gli effetti più precoci e manifesti della somministrazione di questi estratti in Addisoniani: miglioramento rapido della prostrazione e dell'astenia, ritorno dell'appetito, ridestarsi del senso di attaccamento alla vita, scomparsa dei disturbi digestivi, dei dolori lombari. Il miglioramento funzionale appare di gran lunga più netto dei cambiamenti fisici, quasi che l'azione degli estratti si esercitasse elettivamente sull'astenia e sulla fatigabilità muscolare. Anche il peso aumenta con un'incredibile rapidità, e in questo si ha una conferma dell'opinione di Pende, secondo il quale la corteccia surrenale avrebbe parte importante nel metabolismo dei grassi. Al contrario la pressione arteriosa resta abitualmente immutata. Anche la pigmentazione pare attenuarsi in capo a qualche giorno.

La via di somministrazione è per iniezioni: la via parenterale, impiegata negli animali, pare spesso mal tollerata nell'uomo; quasi costantemente nell'uomo venne usata la via intravenosa. Quanto alla dose si è evidentemente ancora nella fase d'assaggio; si sono usate finora dosi elevate, forse troppo elevate, e spesso in modo discontinuo. I primi malati di Rowntree ricevettero in dosi frazionate da 10 a 20 cc. al giorno. La malata di Simpson ricevette 6 cc. mattina e sera durante quattro giorni consecutivi, e nei giorni seguenti solo dell'adrenalina.

È manifesta la necessità d'istituire un test biologico; più d'uno è già stato proposto, ma solo quello di Swingle e Pfiffner, che si basa sulla dose minima necessaria per mantenere in vita un gatto decapsulato, merita per ora di esser preso in considerazione.

Altra difficoltà è quella d'aver estratti d'efficacia uniforme; si è emessa l'ipotesi, a spiegare questa disformità d'azione in estratti preparati con lo stesso metodo, di una variazione stagionale dell'attività della surrenale, come già per la tiroide; è certo che la preparazione degli estratti è ancora lungi dall'essere standardizzata.

Pare che gli estratti siano sempre ben tollerati; una sola volta Rowntree ha constatato agitazione con brividi e nausea una-due ore dopo l'iniezione.

Difficile è la conservazione degli estratti; il principio attivo è distrutto dal calore a 80°, può resistere invece, almeno parzialmente, all'azione dei succhi digestivi. Quanto alla sua costituzione chimica nulla si sa: la soluzione di Swingle e Pfiffner non dà la reazione del biureto; conterrebbe dello zolfo, ma nulla per ora permette d'assimilare il presunto ormone cortico-surrenale al glutatione, che di per sè s'è mostrato del tutto inefficace in animali decapsulati.

Ricerche infine sono state fatte sull'influenza dagli estratti esercitata sulle modificazioni umorali che conseguono all'insufficienza surrenale. Modificazioni constatate sia in addisoniani sia in animali decapsulati, quali aumen-

to dell'azoto non proteico, dei fosfati, diminuzione del tasso di cloruro di sodio, del tasso glicemico, della riserva alcalina, scompaiono in seguito alla somministrazione degli estratti. In cani spancreati e tenuti a un regime + insulina, tale da intrattenere una glicosuria giornaliera media di 25-30 gr. di glucosio, l'estratto fa diminuire la glicosuria e l'azoturia, mentre l'iniezione d'adrenalina aumenta la glicosuria. Il metabolismo basale, costantemente diminuito, ritorna alla norma, dopo un'elevazione passeggera sopra la norma, in seguito all'uso degli estratti.

La capacità di difesa dell'organismo di fronte ai tossici, diminuita negli animali decapsulati, aumenta in quelli trattati con « cortina ». La resistenza alle infezioni, notoriamente diminuita negli addisoniani, è influenzata pure favorevolmente dagli estratti.

Altre proprietà ancora si sono attribuite a questi estratti, che meritano ulteriori conferme; fra queste proprietà ematopoietiche, anticancerose, ecc.

Dal punto di vista dottrinario la discussione sulla legittimità d'attribuire la qualità d'ormone vitale al principio attivo contenuto negli estratti corticali acquista da queste ricerche nuovi e importanti argomenti. In America la questione è da tempo risolta in senso affermativo e già da tempo l'ormone corticosurrenale aveva ricevuto più nomi di battesimo: « cortina », « interrenalina », « interrenina ». Certo è che le recenti esperienze paiono rigorosamente rispondere a due dei canoni fondamentali che si richiedono per suffragare l'esistenza di un ormone corticale: impossibilità di vita senza cortico-surrenali, azione sostitutiva perfetta del loro secreto iniettato. Comunque due delle proprietà essenziali, già attribuite in passato alla corticale surrenale, la funzione antitossica e di difesa dell'organismo e un'azione stenica neuro-muscolare, ricevono da queste ricerche piena sanzione.

(L'articolo sulla *Gaz. des Hôp.* è corredato della bibliografia completa sull'argomento).

P. MOLINARI-TOSATTI.

Studi sul metabolismo nel morbo di Addison. Effetti della cura con l'ormone corticale surrenale.

(GREENE, ROWNTREE, WILBUR, SWINGLE, PFIFFNER. *The Am. Journ. of the med. Sciences*, gennaio 1932).

Il morbo di Addison si può dividere in tre periodi: 1) della lesione iniziale delle capsule surrenali, senza sintomi caratteristici; 2) della sindrome manifesta; 3) della crisi.

I malati studiati dagli AA. erano nel secondo periodo, con sintomi netti, ma in discrete condizioni e non presentavano disturbi gastrointestinali.

Le alterazioni del ricambio consistevano in M. B. e glicemia abbassati leggermente; achilia gastrica; diminuita eliminazione dell'azoto urinario; bilancio azotato negativo nei malati che perdevano peso: espressioni tutte sia delle cattive condizioni di nutrizione che dell'insufficienza surrenale.

Nel periodo terminale, con l'aggravarsi dell'ipotensione e il comparire dei gravi disturbi gastroenterici, predominano la disidratazione e l'insufficienza renale: diminuisce la massa sanguigna, aumentano la concentrazione delle proteine, il Ca e il K; diminuiscono i cloruri.

La ritenzione di urea, creatinina, solfati e prodotti acidi del ricambio è causa di un certo grado d'acidosi, alla cui genesi concorre l'inanizione dei malati. Una forte ipoglicemia può essere un evento terminale.

L'opoterapia surrenale corticale, riducendo il vomito e permettendo l'introduzione di abbondanti quantità di liquido, ovvia alla disidratazione e all'insufficienza renale e permette anche notevoli miglioramenti, senza tuttavia impedire l'esito fatale. MASSAROLI.

IPOFISI.

Clinica e terapia del m. di Simmonds e degli stati associati.

(E. REYE. *Zentralb. f. inn. Mediz.*, 41, 1931)

L'A. ricorda che Simmonds descrisse nel 1911 una malattia che porta — oggi — il suo nome legato alla distruzione del lobo anteriore dell'ipofisi (l. a. ip.): questa può avvenire per processi che nascono nella ghiandola stessa o che vi giungono provenendo dalle parti vicine.

La vera m. di Simmonds è soltanto quella in cui la malattia del l. a. è primitiva e i cui sintomi sono riportabili ad una distruzione del lobo stesso: essa va dunque distinta da quei casi in cui il danno del lobo anteriore compare unito a quello del lobo posteriore, dei nervi ottici, della compressione cerebrale che seguono a un tumore della base, a una gamma, a un tubercolo solitario.

La m. di Simmonds diventa così abbastanza rara: le malattie infettive acute del l. ant. sono molto rare e non hanno importanza etiologica; talora si trovano gamme, tubercoli, tumori maligni: ma l'alterazione più frequente è la necrosi e la trasformazione fibrosa, come appunto trovò Simmonds nel suo caso.

La necrosi è stata trovata solo nelle donne, e sempre associata a gestazioni più o meno laboriose, accompagnate da emorragie o da allattamento prolungato.

Mentre Simmonds pensava a embolie delle piccole arterie del lobo, l'A. inclina a credere che si tratti di processi trombotici, che nella gravidanza sono così frequenti e che, d'altra parte, sono favorite dal fatto che il

l. ant. ipofisi presenta — durante la gravidanza — tipiche fasi di ipertrofia e di involuzione.

Se il classico m. Simmonds è dato dal danno di tutto il lobo anteriore, forme più lievi possono comparire per danni meno estesi.

La malattia inizia di solito dopo un parto o le mestruazioni non tornano più, o tornano per due-tre mesi, si fanno scarse e scompaiono di nuovo: questo fenomeno è l'indice di una ipofunzione ovarica che segue alla deficiente attività del lobo anteriore.

Compare poi una insufficienza fisica e psichica; le donne divengono inattive, lasciano a metà il lavoro, non si può più contare su di loro: finiscono per starsene in casa, tristi e inerti: si lamentano di un continuo senso di freddo, ed hanno una sonnolenza continua: la parola si fa lenta e monotona, i peli e i capelli finiscono per cadere del tutto, i denti vacillano: la pressione sanguigna è bassa e il metabolismo diminuito.

La fine avviene in mezzo a uno stato di cachessia progressiva, generalmente per una malattia intercorrente.

Secondo l'A., all'inizio della malattia si ha un accumulo di adipe alle coscie, all'addome, alle natiche e alle mammelle che cede poi il posto alla cachessia: questa adiposità iniziale sembra in rapporto colla ipofunzione ovarica.

Di fronte quindi ad un'amenorrea che compaia dopo il parto è necessario pensare sempre all'ipofisi: e questo è tanto più importante, in quanto una cura precoce può molto giovare.

Reye ha curato con successo dal 1918 una malattia, la cui autopsia (1929) dimostrò l'esattezza della diagnosi: in questi undici anni la paz. era stata bene, con una cura sostitutiva a base di l. a. fresco.

La cura deve esser fatta a dosi sufficienti (1 cc. per iniez. e tre tabloidi *per os* di Praephyson) e per lungo tempo: essa è rinforzata dalla somministrazione contemporanea di preparati ovarici.

Le forme di amenorree con adiposità e lievi disturbi psichici che seguono talora alle gravidanze, vanno interpretate secondo l'A. come forme più lievi di m. Simmonds, forse in rapporto ad un eccesso di involuzione che segua la fase dell'ipertrofia da gravidanza.

E questo fa pensare che le forme di estrema magrezza che seguono ai parti, con forti mestruazioni, possano essere legate ad un fenomeno inverso, la insufficiente involuzione dell'ipofisi e in tal caso l'A. propone l'irradiazione dell'ovaio. V. Serra.

L'importanza della pituitaria nell'etiologia del cancro.

(W. Susman. *Brit. Med. Journ.*, 31 ott. 1931).

È noto che il lobo anteriore della pituitaria ha influenza notevole sullo sviluppo dell'organismo in generale ma non su quello di un tessuto o di una cellula in particolare.

In una buona percentuale di casi di tumori maligni (15 %) Zondek trovò la reaziodi Aschheim-Zondeck positiva, ciò che significa che in quei casi l'attività del lobo anteriore della pituitaria era discretamente al disopra del normale. Ma che non sia questo aumento di attività ghiandolare a produrre il tumore è provato dal fatto che in centinaia di donne gravide e sane la reazione di Aschheim-Zondeck è positiva; anzi da questo punto di vista si può comparare il tumore maligno e la gravidanza. In ambedue vi è un tumore che si sviluppa, ma nella gravidanza questo sviluppo è controllato, nel neoplasma questo controllo manca.

Da che cosa può essere costituito questo controllo? L'osservazione di casi di infantilismo in cui si aveva notevole ipertrofia del lobo posteriore fa pensare che a questa parte della ghiandola sia devoluto il controllo dello sviluppo. Vedremo come questa ipotesi possa avere conferma.

Ma anche le altre ghiandole a secrezione interna, e specialmente quelle in relazione col metabolismo hanno un loro ruolo, sebbene men definito, nell'etiologia dei tumori maligni.

Queste convinzioni l'A. ha tratto dall'esame istologico dell'apparato endocrino di oltre 200 casi di tumore maligno in cui egli trovò quasi costantemente:

a) un'iperattività del lobo anteriore della pituitaria;

b) un'ipoattività del lobo posteriore;

c) un'aumentata richiesta di carboidrati, che produce un aumento di numero e di grandezza delle isole di Langherans nel pancreas.

Basandosi su queste premesse l'A. studiò il comportamento di ratti su cui erano stati trapiantati dei tumori di fronte ad un trattamento dietetico ricco di carboidrati e di fronte alle iniezioni di pituitrina. Potè così concludere da queste ricerche come la presenza di glucosio in abbondanza nell'organismo rappresenta un forte stimolo per lo sviluppo di un tumore, mentre l'iniezione di pituitrina ha l'effetto contrario, tende cioè a ridurre e impedire lo sviluppo del tumore. Concordando i dati sperimentali con le premesse teoriche sovra esposte l'A. si ritenne autorizzato a tentare il trattamento sopra vari pazienti, che divide in due gruppi.

Nel primo gruppo, costituito da quattro pazienti, tutti molto avanzati nella malattia il trattamento consistette in una dieta bassa in carboidrati e in iniezioni di pituitrina di 0,5 a 2 cc. due volte al giorno: si ebbero in tutti i casi fenomeni regressivi notevoli, che si arrestarono però appena giunti ad un certo grado di regressione: i disturbi causati dall'iniezione di pituitrina erano dolori in corri-

spondenza del tumore e aumento della pressione sistolica e diastolica.

Nel secondo gruppo composto di 5 pazienti, un nuovo concetto fu introdotto nella terapia, la somministrazione cioè di un estratto ovarico (theelin) il quale, secondo l'ipotesi emessa da Zondeck, avrebbe il potere di diminuire l'iperattività del lobo anteriore della pituitaria: e ciò in seguito all'osservazione fatta che molte donne castrate operatoriamente presentano positiva la reazione di Aschheim-Zondeck.

In sostanza ai pazienti di questo secondo gruppo si diede:

a) una dieta povera in carboidrati onde non favorire lo sviluppo del tumore;

b) la pituitrina per rinforzare l'azione del lobo posteriore;

c) la theelina (0,25-0,50 al dì) per diminuire l'iperattività del lobo anteriore. Con questo trattamento si ebbe in un caso (epitelioma del dorso del piede) la demarcazione e l'enucleazione del tumore dopo 7 settimane: il margine neoplastico scomparve dopo 5 giorni.

Negli altri casi si notò regressione nello sviluppo della neoplasia, le condizioni generali migliorate e la vita apparve essere prolungata. G. LA CAVA.

GLANDOLE GENITALI.

Note sull'endocrinologia ovarica.

(R. COURRIER. *Amer. Med.*, marzo 1932).

Lo studio delle secrezioni interne dell'ovaio ha fatto in questi ultimi anni rapidi e costanti progressi, progressi da cui l'organoterapia ha prontamente tratto beneficio.

Purtuttavia alcuni punti restano sempre oscuri nè è servita a chiarirli la recente scoperta dei Prolan.

Ad esempio l'endocrinologia della gravidanza è oggi conosciuta solo frammentariamente, per quanto a nessuno sfugga l'importanza che la conoscenza di essa avrebbe per la soluzione di molti problemi.

La fisiologia dell'ovaio negli intervalli fra le gravidanze ci dice che l'ovaio secerne due distinti ormoni antagonistici; infatti perchè la loro azione sia efficace essi devono succedersi alternativamente l'uno all'altro in perfetto ordine. La pituitaria anteriore è poi l'organo regolatore della funzione ovarica.

Dalla pubertà sino alla menopausa, l'ovaio è in uno stato di perpetuo cambiamento, regolarmente ciclico. Ciascuno di questi cicli è composto di una *fase follicolare*, che incomincia subito dopo le mestruazioni e che va sino allo scoppio del follicolo, di una *fase di ovulazione* cioè dello scoppio del follicolo (11-14 dopo l'inizio del flusso mestruale) e di una *fase del corpo luteo* che va dalla ovulazione sino alla seguente mestruazione.

Durante la fase follicolare, l'ovaio secerne la follicolina, che governa la nutrizione del tratto genito-mammario. Durante la fase di corpo luteo, l'ovaio secerne un secondo ormone, detto « progestin » che esercita sull'utero una azione preparatoria alla gravidanza. La spiegazione che oggi si dà a questi processi è la seguente: la follicolina, che è secreta durante la maturazione del follicolo, agisce sull'utero ipertrofizzandolo. Interviene quindi la ovulazione e l'uovo scende lungo gli ovidutti. Durante questa migrazione il corpo luteo neoformato elabora la « progestin » che agisce sulla mucosa uterina trasformandola in una specie di nido (condizione premestruale). A questo punto se avviene la fecondazione il corpo luteo gravidico continua a secernere la progestina che presiede alle modificazioni della mucosa uterina nella prima parte della gravidanza; se invece la fecondazione non avviene, finisce rapidamente l'attività del corpo luteo e la rapida scomparsa della « progestin » provoca l'improvviso scarico della mucosa uterina iperplastica e quindi la mestruazione.

L'A. crede di dubitare che il vero meccanismo del ciclo mestruale sia quello suddescritto. Da esperienze sue e di altri AA. egli crede di poter concludere che non è l'improvvisa mancanza di « progestin » che causa, quando l'uovo non viene fecondato, la mestruazione, ma che sia la follicolina che viene formandosi dal nuovo follicolo a provocare l'emorragia mestruale. Si avrebbero cioè durante un completo ciclo mestruale la seguente successione umorale: follicolina, progestina e follicolina.

I due ormoni sono di uguale importanza per il prodursi dell'intero ciclo uterino, ma la follicolina potrebbe bastare da sola a mantenere l'integrità dell'apparato genitale; la progestina è indispensabile solo per la riproduzione: è l'*ormone delle madri*. Quando i due ormoni agiscono contemporaneamente possono essere antagonistici. E siccome lo studio scientifico non deve mai farci dimenticare lo scopo pratico, resta stabilito che i due ormoni non devono essere somministrati a caso, bensì nell'ordine fisiologico, ricordando che la progestina non agisce se non è stata preceduta da una sensibilizzazione con follicolina. Ma questa terapia deve essere sempre preceduta dalla terapia causale con pituitaria anteriore: solo quando questa sarà fallita si tenteranno, e nell'ordine stabilito, gli ormoni ovarici.

G. LA CAVA.

Il climaterio maschile.

(KENNETH WALKER. *British Med. Journ.*, 9 gen. 1932).

Il climaterio maschile non è ancora stato ufficialmente riconosciuto dalla medicina ortodossa. Nell'uomo, a differenza della donna,

non vi è un termine preciso delle funzioni riproduttive e non mancano esempi di uomini che hanno mantenuto la loro facoltà riproduttiva fino a tarda età; Metchnikoff cita il caso di un individuo di 103 anni, nei testicoli del quale sono stati ritrovati degli spermatozoi. È noto che Goethe si è disperatamente innamorato a 74 anni di una ragazza di 17, il che dimostra che anche in età abbastanza tarda possono esservi delle passioni violente.

Malgrado questi esempi più o meno eccezionali, l'idea di un climaterio maschile appare giustificata; ad esso accennarono i medici arabi e greci, che lo posero all'età di 63 anni. Anche nella letteratura medica tale idea ha preso posto, sebbene alcuni come Kraft-Ebbing e Vinay ritengano che non vi è nessun fatto psicologico che possa sostenerlo. Certamente il parlare di « menopausa maschile » non è esatto perchè nell'uomo non abbiamo la cessazione dei ricorsi mensili quale osserviamo nella donna; invece il termine di climaterio, che non implica nessun ricorso mensile è più adatto; ad ogni modo, Marañon per evitare ogni possibile confusione preferisce il termine di *età critica.*

Prima di passare alla descrizione di questo periodo nell'uomo, è bene rilevare alcune differenze essenziali che si riscontrano nell'uomo e nella donna, all'età corrispondente. Anzitutto, si deve tener presente che la menopausa femminile è primariamente un episodio genitale, con reazioni secondarie su altri organi e sistemi. Nel caso dell'uomo, il climaterio o l'età critica ha un'altro significato; esso è uno stadio dell'evoluzione organica in cui predomina l'estinzione della vita attiva genitale, sebbene essa non costituisca l'asse attorno a cui essa si muove. Come l'adolescenza marca il passaggio dalla fanciullezza alla maturità, il climaterio rappresenta la discesa da quest'ultima alla vecchiaia. Biologicamente, esso si fonda sulla decadenza genitale e, secondariamente, sulle reazioni endocrine.

È evidente che il climaterio costituisce un evento meno rilevabile e meno definito nella vita dell'uomo che in quella della donna e che esso è meno legato all'estinzione delle funzioni genitali.

Sebbene la riproduzione sia un atto a cui prendono parte l'uomo e la donna è chiaro che quest'ultima vi prende una parte molto più preponderante; la natura ha messo tutta la sua ingegnosità per rendere la donna adatta per la funzione, sacrificando in certo modo a questa le altre attività. Ma la donna può fino ad un certo punto consolarsi pensando che arrivata all'età critica essa viene liberata dalle sue debolezze.

Per l'uomo, per cui la funzione riproduttiva non costituisce un aggravio, non vi è affatto bisogno di cambiamenti definiti e subitanei. La procreazione, per lui, è una forma di attività, che non richiede molto e di cui può portare il fardello anche se i suoi poteri fisici sono scarsi. Accade quindi che l'involuzione del sistema riproduttivo si verifica molto più tardi per l'uomo che per la donna e può anche essere rimandata a tarda età. Nella maggior parte degli uomini, però, noi troviamo che i segni di involuzione incominciano negli organi della generazione verso la fine del quinto decennio o l'inizio del sesto. La causa dell'involuzione non è ben nota ma, tenuto presente che le ovaie hanno gran parte nell'involuzione dei genitali femminili, se ne può inferire che un'analoga azione sia esercitata dai testicoli per l'uomo.

L'insufficienza testicolare compare però meno bruscamente di quanto si abbia per quella ovarica nella menopausa femminile. In quest'ultima, le ovaie passano dalla piena attività alla completa cessazione in pochi mesi. Nell'uomo, il processo dell'estinzione genitale può prendere parecchi anni e l'aumento dell'attività tiroidea, che caratterizza la menopausa femminile è meno marcato nell'uomo. I disturbi dell'equilibrio endocrino sono meno marcati in questo, in cui mancano quindi le vampate di calore, le palpitazioni, la tachicardia che rivelano generalmente nella donna la disfunzione tiroidea; nell'uomo, l'ipertiroidismo, se pure si manifesta, si rivela soltanto con una graduale perdita di peso ed uno scarso grado di irritabilità psichica.

CAMBIAMENTI NELL'ASPETTO ESTERNO.

Come la donna dopo la menopausa tende ad aumentare di peso e ad assumere le forme rotonde della matrona, così anche l'uomo, al periodo del suo climaterio tende ad ingrassare; anche senza diventare obeso, accumula del grasso nell'addome e nelle sue pareti.

L'adiposità addominale può aversi anche in individui che rimangono magri nel resto del corpo.

Quando l'accumulo del grasso è pronunciato, si possono avere altri disturbi, di cui il più comune è quello riguardante il circolo; il paziente, allora, provando l'ansamento ad ogni esercizio fisico li sospende tutti ed affretta così l'avvento della vecchiaia. Oltre alla circolazione, la digestione tende pure a soffrire: la dispepsia flatulenta è il disturbo più comune e, con l'aumento della pressione endoaddominale dovuta al meteorismo, contribuisce ad un ulteriore ostacolo della circolazione. Il paziente preso così nel circolo vizioso del suo addome, si rassegna allora alla poltrona ed alla lettura dei giornali.

Un altra conseguenza della tendenza all'adiposità addominale è la possibilità di ernie, dovuta all'aumento della pressione addominale ed alla minore resistenza delle pareti. Anche se non si ha nessuna protrusione nella re-

gione del canale inguinale, si manifestano dei sintomi che indicano lo sforzo dei muscoli, con dolenzia che cessa nella posizione supina. Una leggera fasciatura od un cinto con un tampone adatto faranno scomparire tali disturbi.

In alcuni pochi casi, si ha invece tendenza al dimagrimento (come si ha del resto in alcune donne dopo la menopausa), da attribuirsi ad un'iperazione della tiroide.

L'alterazione del peso, pure essendo una caratteristica comune del climaterio, non va considerata come essenziale. Un uomo può conservare la sua figura e mantenere il suo peso, eppure i suoi conoscenti guardandolo trovano qualche lieve differenza da prima; « sembra più vecchio », essi dicono e, con questo, rilevano che egli è entrato, non già gradatamente, ma bruscamente nella direzione della vecchiaia. È un fatto che il nostro progredire nella vita non si fa con un movimento continuo, ma come a sbalzi. Il neonato, da un momento all'altro, diventa un bambino, questo poi un adolescente, poi un uomo; nella corsa discendente, l'uomo maturo passa rapidamente nel climaterio e, finalmente, balza nella senilità.

Come il fisico trova che i cambiamenti nell'orbita degli elettroni si fanno a sbalzi, il biologo osserva che le variazioni compaiono subitamente, noi medici vediamo che il nostro viaggio nella vita è costituito da una serie di gradi scoscesi piuttosto che da un progresso continuo dalla culla alla poltrona. Forse, quando conosceremo meglio le leggi che governano la vita scopriremo qualche ritmo fondamentale che sta alla base di tali cambiamenti. Frattanto accontentiamoci di registrarli, come fa il più acuto degli osservatori, Shakespeare, con la sua descrizione classica delle sette età dell'uomo.

Ma lo squilibrio endocrino e le modificazioni del metabolismo che caratterizzano il climaterio non si rivelano soltanto nell'alterare l'aspetto esterno, ma anche nel cambiamento del carattere.

CAMBIAMENTI NELLA PSICOLOGIA.

Nei rapporti sociali e nell'attività degli affari o della professione, possono agire due gruppi opposti di forze, quello attivo od eccitante e quello passivo od inibitorio. In gioventù, predomina il primo, poichè la gioventù è caratterizzata dal facile soggiacere all'impulso senza pensare alle conseguenze, dalla mancanza di autocritica e dalla predilezione per ciò che sa di ribellione.

Sono queste le forze che portano alle maggiori scoperte ed alle riforme. Con l'andar degli anni, queste forze attive prendono una parte sempre minore nella vita dell'individuo, mentre prevalgono quelle inibitorie. L'opera dell'uomo che ha raggiunto il climaterio è priva del carattere di audacia e di aggressività della gioventù e si muove nella direzione del conservatismo; soltanto in via eccezionale, troviamo artisti e scienziati che hanno compiuto le loro opere migliori e più ardite dopo i 50 anni. Quello che è interessante dal punto di vista dell'argomento trattato si è che quegli uomini che hanno conservato il loro potere innovatore hanno quasi costantemente conservata anche la loro attività sessuale.

Ma, come per le donne dopo la menopausa, così per la maggior parte degli uomini, al climaterio, la psicologia rispecchia il riassetto endocrino di tale periodo. Generalmente si ha soltanto un certo grado di instabilità emozionale, ma talvolta le deviazioni dal normale sono maggiori. Spesso, tali disturbi hanno un carattere sessuale e l'età critica viene caratterizzata da una fiammata nelle ancor calde ceneri di un desiderio che si sta spegnendo.

I romanzieri hanno bene descritto l'età « pericolosa » della donna; il fenomeno corrispondente, nell'uomo, ha ricevuto minore attenzione, forse perchè meno marcato. Di solito, esso si esprime soltanto in un conflitto fra il desiderio e la capacità di soddisfarlo, il che può, alle volte, costituire il punto di partenza di una neurosi. Qualche volta, però, si hanno conseguenze più gravi, specialmente se l'impulso sessuale prende delle forme anormali. La più frequente è la tendenza gerocomica dei vecchi per le bambine oppure degli atti di esibizionismo, che vanno considerati come un fatto patologico più che criminale. Un uomo che è stato rispettabile per una sessantina di anni non diventa ad un tratto un individuo indecente se non è vittima di qualche impulso più forte di lui. Il suo esibizionismo non è che la conseguenza psicologica di uno squilibrio endocrino al pari di quello della donna quarantenne che si innamora pazzamente di un ragazzo ventenne. È possibile che l'esibizionista abbia avuto in passato delle fantasie latenti ed insoddisfatte, ma è la instabilità neuro-endocrina del climaterio che lo ha fatto cedere togliendogli le facoltà inibitorie.

Fortunatamente, queste manifestazioni sono piuttosto rare ed il cambiamento di mentalità associato col climaterio si estrinseca, per esempio, nella tendenza a giuocare in borsa in un uomo di affari dapprima molto cauto, nel cambiamento del carattere delle pitture di un artista e così via.

CAMBIAMENTI NEL SISTEMA RIPRODUTTIVO.

Fra i più importanti è da menzionarsi il cambiamento che si ha nella prostata, per la quale l'A. ha osservato le stesse modificazioni istologiche, che si hanno nella mammella fem-

minile in stato di involuzione. Vi sono anche qui delle differenze individuali e non si comprende la ragione per cui in un individuo, dopo la cessazione dell'attività sessuale, la prostata si raggrinzi, mentre in un altro si ingrossi. In linea generale, la prostata raggiunge il massimo del suo volume fra i 50 ed i 60 anni, ma nessuna ipotesi avanzata riesce a spiegare tale fatto, come non si spiegano le differenze che si hanno fra le diverse razze (nei mongoli, l'ipertrofia della prostata è rarissima).

Per quanto riguarda i testicoli, l'A. segnala la frequenza, nel periodo di involuzione, dell'idrocele, nonchè delle cisti dell'epididimo (analoghe a quelle dell'ovaio dopo la menopausa).

I segni di degenerazione delle vescicole seminali sono di solito mascherati da quelli dell'ipertrofia prostatica. Alle volte, per ostruzione dei dotti ejaculatori, le vescicole si dilatano e vanno soggette ad infiammazione cronica. Vi si possono inoltre formare dei calcoli, che provocano ejaculazione dolorosa, dolore alla defecazione, emospermia e fanno talora sorgere il sospetto di noduli cancerosi.

TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL CLIMATERIO.

Nel caso del climaterio maschile, i varii disturbi vanno trattati separatamente; nella donna, le cose vanno altrimenti, perchè avendo i disturbi un carattere essenzialmente genitale, l'uso dei diversi estratti di organi può essere utile. Nell'uomo, il successo dell'organoterapia è assai problematico e discutibile, tanto più che non vi è nessuna prova che la prostata abbia una secrezione interna. In qualche caso, sarà necessario ricorrere al chirurgo.

fil.

PANCREAS.

Diabete e pancreatite recidivante.

(NANNA SVARTZ. *Acta Medica Scandinavica*, vol. 77, fasc. I-III, 1931).

È ormai vecchia cognizione che la pancreatite può essere seguita da glicosuria, ma si crede generalmente che tale glicosuria solo raramente appaia in rapporto alla pancreatite acuta: casi simili sono però stati descritti da vari autori e Bernhard recentemente ha descritto un caso di glicosuria seguito ad una necrosi del pancreas. Riguardo poi alla frequenza della glicosuria nelle pancreatiti croniche, le opinioni sono varie: chi la crede frequentissima, chi l'ha notata in relativamente pochi casi. Secondo la maggioranza degli AA. la glicosuria si manifesta verso gli ultimi stadi della malattia. Ciò parve confermato dal fatto che in un gran numero di casi di pancreatite esaminati anatomicamente il pancreas mostrava profonde alterazioni per quanto le isole di Langherans risultassero integre. Ciò fece dire che le lesioni che colpivano la secrezione esterna del pancreas non provocavano alcun danno all'apparato insulare. Purtuttavia Opie crede di aver dimostrato che in alcuni casi di pancreatite l'apparato insulare rimane effettivamente integro, mentre in altri casi esso appare precocemente leso: Opie si domanda perfino se accurate osservazioni microscopiche non farebbero scoprire nel diabete delle alterazioni infiammatorie lievi ma estese del pancreas. Molti autori però credono che la glicosuria che si manifesta talvolta nei casi di pancreatite non sia un genuino diabete, ma semplicemente una diminuita tolleranza dei carboidrati.

Con le migliorate possibilità diagnostiche dell'ultima decade a riguardo sia delle pancreatiti che del diabete è stato dimostrato che non raramente il diabete mellito genuino può sorgere come conseguenza di una pancreatite.

Hirschfeld è il più strenuo propugnatore di questa teoria: egli ha particolarmente studiato il diabete che si manifesta occasionalmente in relazione con infezioni acute come angina, parotite epidemica e influenza: questo diabete egli considera come dovuto ad una pancreatite ematogena causata dall'infezione in questione.

In quanto poi alla frequenza della pancreatite le idee si sono in questi ultimi anni molto modificate ed oggi si sa che la pancreatite è una malattia molto più frequente di quanto prima non si credesse. Luce è stata fatta sulla complessa sindrome pancreatica e il numero di diagnosi di questa malattia è rapidamente aumentato in questi ultimi anni.

In questo stato di cose appare indubbiamente di grande interesse ogni ulteriore ricerca tendente ad illuminare sempre più questi rapporti fra pancreatite e diabete che oggi appaioni ancora nebulosi: ed è perciò che è degno di attenzione il caso, riportato dall'A., di un paziente affetto da pancreatite con netto carattere recidivante e da diabete che si aggravava enormemente (giungendo fino al coma) in corrispondenza degli attacchi pancreatici mentre assumeva un carattere molto lieve durante gli intervalli, in cui si aveva assenza completa di sintomi pancreatici.

L'A. riferisce anche di altri casi simili da lui osservati di diabete coesistente a pancreatite, ma in cui questa non aveva un così netto carattere recidivante.

Questi rapporti che lentamente si vengono scoprendo fra diabete e pancreatite hanno ed avranno sempre più una grande ripercussione nella pratica clinica: quante diagnosi di diabete lasciano completamente soddisfatto il medico, il quale non tenta nessuna ulteriore ricerca che lo condurrebbe forse alla rivelazione di una pancreatite latente! E se si pensa che sono stati riportati casi di diabete con pancreatite in cui il miglioramento dei sintomi pancreatici si accompagnò a notevole miglio-

ramento del diabete, non è chi non veda quale importanza abbia la diagnosi ed il trattamento di una eventuale pancreatite in un diabetico. In tali casi si trova nell'anamnesi la presenza di infezioni acute che generalmente danno luogo a pancreatite (angina, parotite epidemica, influenza) oppure la presenza di affezioni capaci di produrre pancreatite ascendente (coledociti, ulceri e diverticoli del duodeno, enteriti, ecc.). In tali casi i sintomi addominali precedono il diabete nè bisogna dimenticare che avendo la pancreatite in genere un netto carattere recidivante con periodi di remissione completa essa dovrà essere ricercata nel diabete specialmente quando si manifestino aggravamenti improvvisi e recidivanti dei sintomi diabetici.

Il dolore addominale può essere di guida per diagnosticare la pancreatite, ma in alcuni casi esso può essere anche molto lieve, onde la diagnosi si deve basare spesso sull'esame delle feci (in cui la steatorrea è il segno principale) e delle urine.

Stabilita la diagnosi di pancreatite, se un trattamento chirurgico non è consigliabile, si attua un trattamento dietetico: il grasso deve essere dato in forma emulsionata ed in piccola quantità, le proteine possono essere date liberamente scegliendo però i preparati più digeribili (somatosio, plasmon) e i carboidrati anche, evitando però i legumi. Buoni risultati, specialmente nella steatorrea sono stati ottenuti con preparati pancreatici. In tale maniera, la cura della affezione pancreatica avrà sicuramente un favorevole effetto sul diabete concomitante. G. LA CAVA.

La sorte dei diabetici.

(F. UMBER. *Deut. Med. Wochens.*, 1932, n. 8).

L'A. rileva che gl'incidenti più pericolosi per la vita dei diabetici sono, più che le infezioni generali, quelle banali, come il raffreddore, le malattie da raffreddamento e le infezioni delle vie digerenti.

L'insorgenza di una forma tubercolare dei polmoni agisce nel senso di abbassare la tolleranza per gli idrati di carbonio; anzi, la diminuzione di tale tolleranza senza che possa spiegarsi con disordini dietetici deve far pensare alla complicazione della tubercolosi polmonare. In tali casi, una iperinsulinizzazione ottiene dei buoni risultati ed il trattamente del diabete deve essere in prima linea.

Nelle infezioni acute e croniche, all'abbassamento della tolleranza si può rimediare innalzando le dosi d'insulina. Importanti sono per il diabetico le malattie degli organi come il fegato, il pancreas, i reni, nonchè quelle dei vasi. I disturbi della sintesi del glicogeno dovuti ad una lesione parenchimatosa del fegato non provocano il diabete quando sia intatto il sistema insulare. La cirrosi epatica può indurre delle lesioni insulari a causa di una pancreatite indurativa consecutiva.

Quando il sistema insulare sia costituzionalmente integro, una malattia proveniente dal fegato o dalle vie biliari (infezioni, sifilide, neoplasma, cancro) potrebbe produrre un diabete duraturo soltanto quando fossero colpiti i nove decimi del pancreas.

La prognosi *quoad vitam* dei vecchi diabetici con arteriosclerosi dipende più dal tipo, dalla sede, dall'estensione e progressività delle lesioni vasali che dal diabete stesso il quale, di regola, non peggiora le condizioni vasali. La calcificazione della media con gangrena delle estremità non è la conseguenza del diabete, ma un fenomeno senile concomitante.

La glomerulo-nefrite azotemica o l'arteriosclerosi renale ha influenza sfavorevole sul diabete a causa della progressività della malattia renale.

Le complicazioni endocrine modificano il diabete, ma non hanno un'azione essenziale. Una prognosi sfavorevole, però, va fatta per la complicazione col morbo di Addison, perchè la terapia insulinica presuppone un sistema adrenalinico ben funzionante.

I disturbi di tolleranza della gravidanza e del parto si curano facilmente; il rapido aumento della tolleranza dopo il parto può poi portare ad ipoglicemia insulinica.

Per quanto riguarda poi gli interventi chirurgici, questi nei diabetici ben trattati non comportano complicazioni maggiori che per i sani; essenziale è però che il malato venga seguito dopo l'uscita dall'ospedale e ben curato con dieta adatta. *fil.*

POLIENDOCRINOPATIE.

Sulla malattia di Schüller-Christian.

(A. GIGON. *Schweiz. Mediz. Woch.*, n. 1, 1932).

L'A. riferisce l'osservazione clinica di una malata di 48 anni nella di cui anamnesi si rilevano i seguenti punti essenziali: mestruazioni comparse per la prima volta a 21 anni ed in seguito quasi sempre irregolari e scarse.

Da quindici anni a questa parte un progressivo, modico accrescimento delle estremità (mani e piedi) senza alcun disturbo soggettivo particolare poichè la p. conduceva una vita piuttosto attiva. Verso la metà di Maggio 1931 sopravvenne in maniera relativamente rapida, polidipsia e polifagia; nel Settembre successivo si constatò zucchero nelle urine.

Dall'esame clinico e radiologico è risultato: acromegalia manifesta con sella turcica ampia, esoftalmo, xantomatosi. Questi sintomi si associavano con diabete mellito, poliuria, enorme lipoidemia sopratutto ipercolesterinemia e palesi modificazioni del tasso del carbonio, dell'azoto e degli elettroliti nel sangue. A carico delle ossa si trovavano alterazioni carat-

teristiche: a carico della corticale non comune intensità dell'ombra, processi di distruzione e di riassorbimento, demineralizzazione, che in genere corrispondono a quelle alterazioni descritte da Chester come focolai osteosclerotici di granuloma lipoideo nella diafisi e metafisi delle ossa tubulari.

Si tratta di quel complesso sintomatico descritto per la prima volta da Hand nel 1893 e che in questi ultimi anni è stato dettagliatamente studiato in America dove è noto col nome di malattia di Schüller-Christian e che ha trovato posto in nosologia nel gruppo delle cosidette lipoidosi generali.

Nella classificazione di Di Guglielmo è denominata lipoidosi colesterinica e nettamente distinta dalla lipoidosi cerebrosidica o morbo di Gaucher e dalla lipoidosi fosfatidica o morbo di Nieman-Pick (1).

Dei sintomi cardinali della lipoidosi colesterinica esistevano in questo caso i seguenti: i sintomi ipofisarii (acromegalia), l'esoftalmo, la xantomatosi, l'enorme ipercolesterinemia, le alterazioni delle ossa.

Nel caso presente due fatti non sono comuni e cioè: 1) l'età relativamente alta perchè la malattia si osserva molto più frequentemente nell'età giovanile; 2) la compartecipazione del diabete mellito, nel caso in oggetto per la prima volta osservato.

Il diabete mellito ha presentato un decorso relativamente *lieve* e perciò non sufficiente a spiegare la poliuria e nemmeno l'intensa lipoidemia e la xantomatosi quantunque i due ultimi fenomeni possono presentarsi talvolta, ma in modesto grado, come manifestazioni accessorie del diabete mellito. La poliuria rimaneva immutata anche quando l'eliminazione dello zucchero era discesa a quantità minimali.

Bürger pone a base di questo particolare stato morboso un disturbo primitivo della regolazione dei lipoidi e in modo particolare della colesterina. La lesione ipofisaria sarebbe dovuta all'accumulo di lipoidi nell'ipofisi; questi depositi indurrebbero contemporaneamente un danneggiamento delle parti cerebrali limitrofe (Tuber, ecc.) d'onde l'acromegalia e il diabete insipido.

Per l'A. è più verosimile che tutto dipenda da una lesione primitiva del sistema nervoso centrale che porterebbe a un disturbo della regolazione sia del ricambio lipoideo che di quello dello zucchero.

Nel caso presente si tratta della combinazione di un disturbo pluriglandolare costituzionale (insufficienza ovarica, acromegalia) al quale più tardi si è associata la lipoidosi per lesione del sistema nervoso centrale.

Interessanti sono i *risultati degli esami del sangue*. Gli eritrociti sedimentati presentavano un trascurabile aumento del valore in calorie, quantunque essi si trovassero in un plasma straordinariamente ricco di calorie l'azoto era in minore quantità nel siero anzichè nel plasma. I valori della *colesterina* erano straordinariamente alti: 936-1188 mg. %, e contemporaneamente erano anche molto alti i valori della *lecitina*: 1230-630 mg. %, fatto che dimostra come non sempre la colesterina e la lecitina si comportino funzionalmente in maniera antagonistica. L'A. pensa che con l'aumento della colesterina idrofoba ha luogo un aumento della lecitina idrofila e rispettivamente della globulina e dell'albumina per la tendenza che ha il sangue a mantenere invariata il più possibilmente la propria costituzione fisica. Interessante il comportamento degli *elettroliti*. Si osservava *l'alto* contenuto *di P.* e i bassi valori del *Mg, Na* e *Cl.* Il *calcio* presentava oscillazioni relativamente scarse e ciò malgrado si fossero riscontrate alterazioni gravi e senza dubbio croniche dello scheletro.

Le variazioni degli elettroliti possono spiegarsi supponendo l'esistenza di rapporti tra la funzione ipofisaria e il ricambio minerale come tendono a dimostrare i lavori di Gollwitzer-Meyet, Rossembeck e di altri.

D. LONGO.

(1) Nota del traduttore.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. GIROUX et N. KISTHINIOS. *Le extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique.* Vol. in-16° di pagg. 125. Masson et C. Paris, 1931. Frs. 16.

Il libro è basato su questo principio: prendere come punto di partenza i fatti osservati al letto del malato, cercare di interpretarli colle ricerche di laboratorio e dalla sintesi sulle conclusioni tratte dalle osservazioni cliniche e sperimentali fare ulteriori deduzioni utili alla terapia soprattutto.

Sperimentalmente era stato dimostrato che l'insulina, specie se impura, ha una azione anche ipotensiva, la quale è dovuta a una sostanza che può essere isolata da quella parte di estratto pancreatico, dotato di attività ipoglicemizzante, ma di costituzione chimica sconosciuta, che è l'insulina.

Tale sostanza ipotensiva d'origine pancreatica distinta dall'insulina, è antagonista dell'adrenalina, non sembra possa essere identificata coll'istamina, colla colina e col peptone, ha una potente azione vasodilatatrice che in un primissimo tempo predomina sui vasi centrali e che si generalizza poi a tutto l'organismo; a queste proprietà vasodilatatrici sarebbe dovuta l'azione ipotensiva dell'estratto pancreatico disinsulinizzato.

Gli AA. hanno sperimentato con Vaquez tale estratto nell'angina di petto, somministrandolo per iniezioni intramuscolari e hanno concluso che tale terapia dovrebbe essere oggi considerata la migliore per tutte le forme di angor. Buoni risultati si ebbero anche nell'iper-

tensione specie nelle forme essenziali, parossistiche e della menopausa, nelle arteriti obliteranti, nel morbo di Raynaud, nell'ostruzione dell'arteria centrale della retina, nell'itto emiplegico, in relazione al concetto non solo che il rammollimento sarebbe molto più frequente dell'emorragia cerebrale, ma che la causa del rammollimento sarebbe spesso dovuta più che a una trombosi, a uno spasmo arterioso persistente, onde sarebbe utile anche l'associazione di acetilcolina, di vasodilatatori, come la trinitrina e il nitrito di sodio.

Gli estratti pancreatici disinsulinizzati, si sarebbero inoltre dimostrati utili nell'involuzione senile, negli stati ansiosi con fenomeni vascolari, nelle alterazioni funzionali d'ordine simpatico e d'origine endocrina; specialmente nel Basedow si sarebbe avuta notevole regressione di tutti i sintomi, ad eccezione del tremore.

Interessante appare infine il trattamento delle ulceri gastro-duodenali e varicose per le quali si erano già dimostrate utili le insuline poco purificate.

In conclusione, sebbene sia evidente che gli estratti pancreatici non possono riuscire a migliorare, nè a guarire tutte le affezioni nelle quali la loro indicazione appare conveniente, è certo che i fatti riferiti nella monografia di Giroux e Kisthinios giustificano l'interesse suscitato dai detti estratti nella terapia e possono guidare il pratico nel loro impiego.

M. MESSINI.

L. DAUTEBRANDE. *Physiopathologie de la thyroïde.* Vol. in-8° di pagg. 326. Masson, Paris, 1932. Frs. 40.

Destinata al medico come al fisiologo, quest'opera contiene nella prima parte la fisiologia normale e patologica della tiroide nei suoi rapporti con la composizione chimica della ghiandola, la sua istologia, il metabolismo generale, ecc.

In ognuno di questi capitoli, l'A. apporta delle sedute originali e nuove, combattendo, con argomenti basati sulle ultime acquisizioni della fisiologia, gli antichi concetti riguardanti l'ipertiroidismo.

E' così che l'A. mette in dubbio l'antagonismo supposto tra tiroide e pancreas. Alla stessa maniera, con lo studio di ciò che egli chiama il coefficiente metabolico delle proteine, dimostra che le condizioni nelle quali un ipertiroideo può fare dello squilibrio azotato non ha nulla di specifico.

Infine in un capitolo destinato alla circolazione, l'A. fa osservare l'influenza che può avere, sul cuore e sul debito cardiaco, l'ipertiroidismo.

La seconda parte dell'opera è consacrata alla clinica ed in essa l'A. sviluppa la sua classificazione fisiopatologica dei gozzi e studia successivamente l'ipertiroidismo, il gozzo endemico, il gozzo semplice, gli adenomi semplici e tossici, le cisti tiroidee, il m. di Flaiani-Basedow.

Dal punto di vista terapico, l'A. dopo aver criticato con documentazioni personali i differenti modi di trattamento dei gozzi, riporta in sintesi i noti lavori sul trattamento prolungato dell'ipertiroidismo con lo iodio.

L'opera è corredata di una completa bibliografia.

A. POZZI.

H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. *Précis du diabète.* Vol. in-8° di pagg. 280. Masson e C., Paris, 1931. Fr. 26.

Da alcuni anni la questione del diabete che sembrava essere stata abbandonata dopo le grandi ricerche di pura clinica del secolo scorso, ha ripreso una vitalità nuova.

L'innovazione di alcune tecniche, come la valutazione della riserva alcalina, dei corpi chetonici, ecc., l'applicazione sistematica di alcune fra esse (quale lo studio della glicemia), le ricerche recenti sul meccanismo dell'acetonemia, sull'acidosi, infine la scoperta dell'insulina hanno allargato i problemi che sviscerati hanno aperto delle prospettive tutte nuove tanto nell'ordine teorico quanto nel dominio della pratica medica.

La questione è stata abbordata in quest'opera dagli AA. nel suo insieme; essi hanno ridotto le considerazioni d'ordine teorico al minimo indispensabile e studiato i problemi dal punto di vista pratico; per cui questo libro è un ottimo compendio pratico sul diabete che viene presentato ai medici.

A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Per la diagnosi precoce di insufficienza tiroidea.

H. Cecil Barlow (*The Practitioner*, dicembre 1931) fu indotto ad occuparsi del problema della diagnosi precoce dell'insufficienza tiroidea dall'averne sofferto egli stesso. Era depresso, aveva spesso cefalee, continuamente senso di freddo, orrore dell'attività fisica, dolori articolari e muscolari, disturbi che scomparvero dopo uso di estratto tiroideo.

Nella parola ipotiroidismo si devono comprendere tutte le deficienze della ghiandola, temporanee o permanenti, progressive o stazionarie.

Gli ipotiroidei si sentono facilmente stanchi, sentono freddo facilmente hanno sonnolenza specialmente dopo i pasti, soffrono di amnesie. Spesso essi attribuiscono i disturbi all'età che cresce e non consultano il medico.

Senza arrivare al mixedema, la pelle può essere secca, inelastica, senza secrezione di sudore e c'è desquamazione sottile, come di polvere fine, bianca, C'è caduta dei capelli e canizie. Spesso il 3° esterno del sopraccilio è privo di peli. La facies è caratteristica: c'è pallore con tendenza al giallognolo, c'è tendenza all'enoftalmo, mancano i movimenti espressivi della faccia. Di più l'aspetto generale è di persona pesante e c'è tendenza ad ingrassare, c'è diminuzione della sensibilità tattile delle dita, e i movimenti sono generalmente lenti. La pelle presenta spesso alterazioni: eczema, ittiosi. La temperatura è subnormale, la voce spesso è aspra.

L'ipotiroidismo è più frequente nelle donne, in cui può presentarsi alla pubertà come anche alla menopausa.

È un'affezione nella quale il medico può fare del bene, perchè la cura tiroidea coll'estratto secco per bocca è efficacissima.

R. LUSENA.

Iperglicemia in soggetti con avanzata cataratta senile.

O' Brien (*J. A. M. A.*, 23 gennaio 1932) ricorda le molteplici e non sempre soddisfacenti teorie sulla natura della cataratta senile, tra cui vanno pigliando ora terreno quelle teorie che vedono nell'alterazione oculare il risultato di una alterazione metabolica generale. Alcuni autori, rilevati il carattere familiare e la bilateralità della forma, hanno in particolar modo pensato a disturbi del metabolismo dei carboidrati.

O' Brien studia su 218 casi la glicemia e le curve dell'iperglicemia alimentare e da carico (destrosio), e conclude che in una metà dei casi circa di cataratta senile esistono iperglicemia ed alterazioni del ricambio dei carboidrati nelle varie prove funzionali; in base a questi dati e ad altre considerazioni l'A. ammette che l'abnorme tasso di zucchero nel sangue e nei liquidi organici (liquidi oculari) possa avere un certo valore in molti casi per l'etiologia della forma.

CH.

Sintomatologia dello stato ipoglicemico.

H. Zernik (*Deut. Med. Woch.*, 1, 1932) ricorda che nello choc ipoglicemico vanno distinti tre ordini di fenomeni: vegetativi, nervosi di origine centrale e psicotici.

Tra i sintomi nervosi centrali, è più volte stata osservata la diplopia; ma l'Autore cita 3 casi in cui la diplopia apparve come primo e unico sintoma di uno stato ipoglicemico, per una paresi dell'abducente di destra: questo sintoma va dunque tenuto presente, quando tengano in cura dei diabetici e varrà a impedire stati ipoglicemici più gravi.

V. SERRA.

CASISTICA.

Il gozzo tossico: decorso della malattia e cura.

Negli ultimi dieci anni, osserva F. R. Traser (*British Medic. Journ.*, 24 ott. 1931) i lavori sul gozzo tossico si sono specialmente soffermati su tre punti: sul rapporto fra condizioni anatomiche della tiroide e sintomi clinici, sull'uso terapeutico dell'iodio e sulla terapia chirurgica.

Anatomia patologica e sintomatologia clinica: la distinzione fra gozzo esoftalmico e adenoma con ipertiroidismo è arbitraria. I fenomeni ipertiroidei sono accompagnati da ipertrofia ed iperplasia della ghiandola. La porzione di tiroide che rimane dopo resezione di una parte della ghiandola e successivo trattamento in casi di ipertiroidismo presenta un'involuzione del tessuto ghiandolare (però con porzioni ipertrofiche); questa è la così detta remissione iodica.

Nei malati con frequenti esacerbazioni d'ipertiroidismo spesso si ha un gozzo nodulare, il quale va distinto dall'adenoma.

Cura iodica. Non conosciamo il suo meccanismo di azione. Si sa però con certezza che il suo uso migliora il paziente e rende minori i rischi operatori; però si sa anche che non è un rimedio curativo e che il suo uso non diminuisce la durata della malattia. Secondo alcuni l'iodio agisce solo per dieci giorni, dopo i quali la cura si deve sospendere. Si può ritenere che l'iodio renda meno gravi le riacutizzazioni, ma che non le impedisca.

L'iodio va dato continuamente, secondo l'A., e si deve contemporaneamente tenere il paziente in letto.

In quanto alla *prognosi*, si può avere la

guarigione senza intervento chirurgico nei giovani. Però si devono operare i malati con gozzo nodulare, quelli che non migliorano rapidamente colla cura medica e quelli che non possono assoggettarsi a lunghe inattività. La prognosi è meno buona quanto maggiore è l'età del malato.

L'A., tornando alla cura, ritiene che quella chirurgica sia la più logica e sempre consigliabile (e dice questo in base ai risultati osservati nei suoi 136 casi). I risultati delle cure con raggi X e con radium sono meno buoni. R. LUSENA.

L'influenza degli interventi chirurgici e d'infezioni concomitanti sullo sviluppo del m. di Flajani-Basedow nei casi di gozzo adenomatoso.

W. Plummer e C. Mayo (*Surg. Gyn. e Obst.*, dic. 1931) basandosi sul ricco materiale clinico della Fondazione Mayo, vengono alla conclusione che — contrariamente all'opinione diffusa — gli interventi chirurgici e i processi infettivi che possono seguirli ben raramente sono fattori capaci di trasformare dei gozzi adenomatosi in m. di Basedow o forme affini. I casi in cui si è verificato tale trasformazione sono estremamente scarsi e gli AA. li riportano per esteso. V. GHIRON.

Colecistite e diabete.

M. D. I. Wasserthal (*Arch. des mal. de l'appareil digestif et des mal. de la nutrition*, maggio 1931) sottolinea la frequente associazione, rilevata specialmente in questi ultimi anni, del diabete con le malattie della cistifellea e in tesi generale con le malattie litiasiche.

Alcuni AA., tra i quali Umber in prima linea, spiegano questa associazione ammettendo da una parte una diatesi famigliare dovuta a predisposizioni ereditarie, e dall'altra accusando le vie biliari di servire da punto di partenza per un'affezione del pancreas.

Le opinioni però sulla genesi delle colecistiti e della litiasi sono tutt'altro che concordi e ancora si discute se l'infezione o un determinato stato costituzionale siano i responsabili della formazione dei calcoli.

Probabilmente entrambi, infezione e costituzione, entrano in causa.

L'A. per suo conto, è incline ad accettare la concezione di R. Schmidt il quale classifica la colelitiasi non fra le malattie del fegato ma piuttosto fra le malattie del metabolismo, sopratutto per la sua apparizione frequente e i suoi rapporti con il sistema genitale della donna. M. TRIPODI.

L'ipoglicemia.

G. D. Gammon e W. C. Tenery (*Arch. int. méd.*, giugno 1931) osservano che l'ipoglicemia risulta dai tipi seguenti di abnorme meccanismo: 1) disturbi della regolazione dei carboidrati, dovuti sia ad eccessiva produzione di insulina (iperfunzione od ipertrofia o tumore delle isole di Langerhans) oppure a perdita di sostanze antagoniste dell'insulina (iposurrenalismo, ipotiroidismo, disfunzione pituitaria);

2) interferenze fra immagazzinamento e versamento in circolo del glicogene nei depositi dell'organismo (fegato e muscoli) o da deficienza di glicogene (sforzi fisici);

3) perdita di glucosio (diabete renale) o di altri zuccheri (allattamento).

La causa più importante va ricercata nella iperproduzione di insulina.

Quando si vogliano distinguere i vari tipi di ipoglicemia, si deve ricercare la presenza o di disturbi delle ghiandole endocrine o nei depositi di glicogeno, oppure la perdita di carboidrati. L'ipoglicemia da origine pancreatica presenta una sindrome tipica facilmente riconoscibile.

La distinzione fra attacchi ipoglicemici e convulsivi si basa sul basso livello dello zucchero sanguigno. La storia di un miglioramento ottenuto con ingestione di cibi spesso dà indicazioni per la diagnosi. *fil.*

TERAPIA.

Scopo e limiti della terapia endocrina.

Secondo Swale Vincent (*The Practitioner*, dicembre 1931) nessun preparato endocrino (escluso quello tiroideo) ha efficacia per via orale.

In questi ultimi anni il numero dei prodotti endocrini entrati in terapia si è accresciuto, e si vedono associazioni pluriglandolari non facilmente ammissibili anche dal punto di vista scientifico. Molti preparati sono fatti coll'essicazione della ghiandola senza estrazione del principio attivo.

I preparati seccati di cervello, mucosa duodenale, ghiandola linfatica, ghiandola mammaria, testicolo, paratiroide, timo dati per bocca sono inefficaci. Una certa efficacia l'A. riconosce all'estratto epatico e quello di mucosa gastrica. Ma dubita che si tratti di sostanza la cui attività debba ricercarsi in un prodotto di secrezione interna.

Esistono preparati opoterapici in cui prevale la tiroide, a cui si uniscono altri estratti: p. es., tiroide, ipofisi e surrenale per la cura dell'astenia (con testicolo per gli uomini e ovaio per le donne), oppure tiroide, ipofisi anteriore e adrenalina più ghiandola sessuale; oppure timo, tiroide e ipofisi, per la cura del reumatismo, o rene e pancreas per prevenire l'uremia.

L'uso di estratti di ghiandola linfatica, di prostata, di rene, di testicolo non ha risultati clinici certi. L'A. riferisce un caso di Rowe e Lawrence riguardante una ragazza di 17 anni, non ancora sessualmente sviluppata nè

morfologicamente nè funzionalmente in cui dopo 18 mesi di cura con ipofisi anteriore per bocca si ebbero sviluppo delle mammelle e comparsa delle mestruazioni e si domanda se questo risultato non si sarebbe avuto anche spontaneamente, senza cura opoterapica. L'adrenalina secondo alcuni potrebbe essere attiva anche per bocca.

Per quanto riguarda l'ovaio, per via orale l'estratto potrebbe essere attivo solo a dosi molto superiori delle usate comunemente. Secondo ricerche sperimentali fatte da Haunan nel laboratorio dell'A., la sostanza estrogena estratta dalla placenta e non dall'ovaio è attiva per bocca se data a dose generosa.

Concludendo, l'A. ritiene che gli estratti utili in terapia sono quelli di tiroide, paratiroide, pancreas, ovaio, corteccia surrenale, midollo surrenale e ipofisi anteriore e posteriore, ma che soltanto l'estratto tiroideo sia efficace per via orale. Così pure è efficace l'estratto di fegato per via orale. R. Lusena.

Il boro nel morbo di Flajani-Basedow.

U. Loeper, P. Soulié e T. Biov (*Presse Méd.*, 29 giugno 1932) hanno proposto sette anni fa di curare il m. di Basedow col borato di sodio e ai 4 casi pubblicati allora possono aggiungerne altri 4 ora. Orlovski ha confermato l'efficacia del boro sopratutto per combattere l'insonnia e la tachicardia, mentre rimanevano inalterati il peso, l'esoftalmo e il metabolismo basale.

Invece, secondo Loeper, Soulié e Biov, coll'uso prolungato del boro si modificano tanto la proteinemia quanto il metabolismo basale.

Si prescrive:

Borato di sodio	gr. 10
Glicerina	» 10
Acqua	» 200

e se ne dà un cucchiaio 2-3 volte al giorno.

Si può anche unire del citrato di sodio nella stessa proporzione, sostituendolo alla glicerina. Si può adoperare il boro anche per via rettale, non per via endovenosa, per la quale via si possono usare preparati organici di boro.

Nei riguardi dell'azione farmacologica i preparati di boro sono ipotensivi e diuretici, aumentano il coefficiente azoturico ed il peso dell'animale e abbassano la colesterinemia e la glicemia.

Circa il suo meccanismo di azione nel m. di Basedow, esso ancora non è completamente studiato; è un sedativo dei centri nervosi, è antispasmodico e può modificare il riflesso oculo-cardiaco.

Alcuni hanno pensato ad un suo tropismo bulbare. Provoca modicissime alterazioni della tiroide: diminuzione di volume dei follicoli, riduzione della sostanza colloide.

Sono in corso ricerche sul boro nei vari organi dopo la somministrazione.

Il boro non guarisce il m. di Basedow, ma può migliorarlo e preparare il malato all'intervento. R. Lusena.

Le possibili indicazioni cliniche della terapia coll'ormone follicolare secondo l'effetto biologico negli animali.

Se ne occupano W. Schoeller, M. Dohrn e W. Hohlweg (*The Americ. Journ. of the Medical Sciences*, settembre 1931).

L'ormone follicolare ha la proprietà di impedire negli animali castrati la formazione delle modificazioni anatomiche dovute alla castrazione, e, negli animali giovanissimi, quella di sviluppare prematuramente gli organi sessuali. C'è un sinergismo di azione fra ormone follicolare e ormone del corpo luteo.

L'applicazione terapeutica dell'ormone follicolare trova la sua principale indicazione nell'ipofunzione ovarica (tanto per menopausa che per soppressione artificiale della funzione). Giova nei disturbi circolatori, cutanei (eczema, prurito), intestinali, articolari che accompagnano la menopausa.

Un'altra indicazione della cura è nelle amenorree, dismenorree, oligomenorree.

Molte volte l'inefficacia dell'ormone follicolare deve ricercarsi nell'esistenza di un disturbo concomitante dovuto a deficienza del corpo luteo, il cui ormone deve essere allora associato al follicolare.

Controindicazione alla cura sono la tisi, la cachessia o altre condizioni di grave stato generale. R. Lusena.

L'azione della radioterapia della regione surrenale nel trattamento del diabete mellito.

L. Langeron, R. Desplats e J. Béra (*Presse Méd.*, 21 nov. 1931), in 5 casi di diabete di intensità differente, appartenenti a forme di intensità media con la radioterapia della regione surrenale hanno determinato abbassamento della glicosuria. Questa azione ha avuto una durata variabile, una intensità differente secondo i casi, ma è da ammettere che in certi casi, che un'esperienza più lunga deve precisare, la radioterapia può dimostrare nel diabete mellito una efficacia non trascurabile, permettendo di distanziare le serie insuliniche e di rimpiazzarle quando occorra.

È però da notare che in alcuni casi la radioterapia determina effetti inversi, sotto forma di un aumento della glicosuria e dell'acidosi. Quest'ultimo risultato dimostra che si tratta di un metodo dotato di attività certa e di cui bisogna ancora ben precisare le indicazioni e la posolagia. C. Toscano.

La cura del diabete con la legatura della coda del pancreas.

De Takats (*Surg. Gyn. a. Obst.*, 1931) riporta due casi di diabete grave in fanciulli, ribelli al trattamento con insulina e nei quali

eseguì una legatura della coda pancreatica avvolgendovi attorno, senza stringere un nastro di fascia lata.

Nel primo caso si è avuto un miglioramento notevole, senza però giungere alla guarigione in quanto era ancora necessario il trattamento con insulina, nel secondo si ebbe una vera guarigione con scomparsa quasi totale dello zucchero e abolizione del trattamento insulinico. L'A. consiglia di riservare questo trattamento ai casi più gravi in cui l'insulina è inefficace. V. GHIRON.

Saggi con l'anticoman, preparato antidiabetico per via orale.

Secondo Grote (*Deut. Med. Woch.*, 11 dic. 1931) da quando Frank lanciò sul mercato la sintalina con la pretesa di aver trovato un sostitutivo dell'insulina nei casi di diabete, molti sono gli sforzi fatti dai ricercatori allo scopo di trovare un metodo di trattamento capace di evitare i molti inconvenienti causati dalle iniezioni di insulina.

Recentemente si è fatta una gran campagna reclamistica nei periodici non medici sul preparato antidiabetico *Anticoman*: si arrivava ad assicurare che con esso era possibile il trattamento del diabete senza iniezioni di insulina e senza il regime dietetico che tanto sacrificio richiede da parte del cliente. La responsabilità di tali affermazioni è senza dubbio grave e il professor Grote ha voluto sperimentare l'anticoman in un gruppo di suoi malati, allo scopo di far conoscere ai medici i risultati ottenuti.

L'Anticoman è un preparato di guanidina che contiene sostanza pancreatica, atropina e fosfato sodico, queste due ultime sostanze avendo solo lo scopo di evitare le azioni secondarie della guanidina. È quindi molto simile al *Glukhorment* che, come si sa, è riuscito assolutamente inefficace. Negli annunci si parla dell'innocuità dell'anticoman: può essere, ma l'A. ha costatato disturbi intestinali, talvolta gravi, in un quarto dei casi.

Per giudicare dell'efficacia del preparato, l'A. lo somministrò in varî casi di glicosuria residua di due a quattro grammi, alla dose di dieci pastiglie al giorno, senza che riuscisse ad ottenere in un solo caso il risultato che otteneva in modo sicuro con la semplice iniezione di 30 unità di insulina. Analogamente tentò in un caso grave di sostituire una delle tre iniezioni giornaliere di insulina con la somministrazione di anticoman e il risultato fu negativo.

Senza negare che l'anticoman, come derivato della guanidina, possa influire sulla glicosuria e sulla glicemia, questa influenza risulta praticamente molto piccola e dalle prove fatte si deduce che il preparato può considerarsi inefficace e a volte dannoso.

Stiano dunque in guardia i medici e gli infermi davanti alle affermazioni delle case preparatrici di nuovi rimedi, perchè, ad accoglierle ciecamente, potrebbero verificarsi inconvenienti.

G. LA CAVA.

Terapia pituitaria dell'alopecia.

Un rapporto terapeutico ben definito tra alcune alopecie e i preparati di ghiandola pituitaria usati esisterebbe secondo le ricerche di B. N. Bengston (*The Jour. of A. M. A.*, n. 19, 7 novembre 1931).

Nella maggior parte dei casi infatti, il lobo anteriore risultò l'unico agente capace di provocare la crescita dei capelli.

In tal senso la via ipodermica si dimostrò più attiva di quella orale. I migliori resultati si ottennero poi associando le iniezioni ipodermiche ad alta dose (2 cmc.) e la somministrazione orale.

Secondo l'A. tale azione terapeutica sarebbe in relazione al fatto che, secondo quanto risulta da studi embriologici, il lobo anteriore, di struttura ghiandolare e invaginazione dell'ectoderma buccale, dovrebbe esercitare influsso anche su altre formazioni ectodermiche, quali i follicoli piliferi. M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'ormone ipoglicemizzante della mucosa dell'intestino tenue (duodeno).

Heller (*Wien. Kl. Woch.*, n. 15, 1931) riprende l'argomento già da lui esposto nel 1929 circa la presenza di una sostanza, estratta dalla mucosa intestinale, e capace di esplicare un'azione ipoglicemizzante.

Non si tratta di insulina, nè di colina, nè d'istamina; ricerche sperimentali hanno dimostrato che essa abbassa il tasso glicemico, e quando esso è elevato, e quando è normale non ha azione sulla pressione sanguigna.

Non si è potuta escludere con certezza l'identità di questo ormone con la secretina, ma sembra tuttavia che esso sia qualche cosa di diverso.

La sua azione si esplica principalmente per la via sanguigna. V. SERRA.

Su di un nuovo ormone pancreatico: l'ormone circolatorio.

E. Frey (*Dsch. Z. f. Chir.*, n. 231, 1931) riassume le ricerche compiute da 6 anni su di un ormone pancreatico, dissimile dall'insulina, che avrebbe effetti ipotensivi e vasodilatatorii. L'ha usato negli ipertesi e in malati di Raynaud e Les Bürger con risultati soddisfacenti come appare dalle tabelle e dalle figure annesse. Avrebbe effetti buoni anche nella glicosuria. (È da notare che sostanze analoghe sono già in commercio, vendute da case francesi).

V. GHIRON.

Il componente attivo dell'insulina.

L'aver potuto produrre sinteticamente sostanze chimicamente simili ad ormoni, come è stato fatto colla scoperta dell'epinefrina e della tiroxina, ha spinto a ricerche su altri ormoni.

Nei riguardi dell'insulina, questa fu ottenuta (non per via sintetica) sotto forma cristallina ad alta concentrazione (24 unità per milligrammo di sostanza). La cristallizzazione dell'insulina ottenuta da Abel rappresenta certamente una grande tappa nello studio di questa sostanza. I cristalli di insulina contengono zolfo (3,2 %), appartengono al gruppo del triptofano (sono quindi proteine) e trattati con alcali dànno ammoniaca.

Frendenberg ritiene che la capacità di abbassare la glicemia sia legata ad un radicale chimico della natura peptide, e che l'insulina sia un insieme di proteine complesse.

Fin'ora non si è riusciti ad ottenere un prodotto cristallino purissimo nè a separare nettamente il componente attivo. Lo stesso autore ritiene che il gruppo attivo rappresenti non più del 3 % della molecola di insulina cristallizzata. Certamente siamo ancora lontani da una insulina sintetica.

(*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 30-1-1932).

R. LUSENA.

Ricerche sulla patogenesi del diabete mellito.

Leo Pollak (*Wien. Kl. Woch.*, 9, 1932), pur essendo un convinto sostenitore della teoria insulare del diabete, riconosce che essa non spiega quello che si potrebbe chiamare il « fenomeno paradosso » del diabete, e che consiste in ciò: dato che l'insulina favorisce l'assimilazione non solo del destrosio, ma anche del galattosio, sarebbe logico ammettere che nel diabete, in cui si ha deficienza d'insulina, l'assimilazione del galattosio dovesse essere danneggiata: invece, e qui è il paradosso, i diabetici assimilano il galattosio come, e forse anche meglio dei sani.

Le ricerche dell'A. permettono di stabilire che è proprio la iperglicemia caratteristica dello stato diabetico quella che mantiene o persino esalta la tolleranza per il galattosio.

A sua volta la somministrazione di galattosio esercita un'azione « iperglicemizzante » poichè eleva il tasso del destrosio nel sangue; l'azione iperglicemizzante del galattosio è presente anche nei non diabetici, ma in questi ultimi è più intensa perchè viene a mancare l'influenza dell'insulina che abbassa la eccitabilità del fegato di fronte agli stimoli del galattosio.

V. SERRA.

L'importanza dell'ipofisi nell'eziologia degli stati varicosi delle gravide.

L. Gaugier (*La Presse Médicale*, 11 febbraio 1931, n. 12) ricorda come, in condizioni ordinarie, certi ormoni secreti da ghiandole endocrine mantengono la tonicità delle pareti venose agendo a mezzo del simpatico peri- ed endovenoso sulle fibre muscolari liscie.

Mette in primo luogo gli ormoni ipofisari che sarebbero per il sistema nervoso, ciò che l'adrenalina è per l'arterioso.

Durante la gravidanza, acciocchè l'utero possa distendersi e permettere lo sviluppo dell'uovo si ha da parte del corpo luteo una temporanea e parziale neutralizzazione dell'ormone ipofisario.

Ne consegue non solo una diminuzione del tono del muscolo uterino ma pure dei muscoli lisci delle vene il che, unito al fattore meccanico e costituzionale basta per lo stabilirsi delle varici.

A favore di questa sua ipotesi, ricorda che tali varici compaiono nei primi mesi della gravidanza, quando l'utero è ancora piccolo e che scompaiono in seguito alla morte del feto, cui consegue atrofia del corpo luteo senza diminuzione del volume uterino.

Le varici delle gravide ai primi mesi sarebbero quindi causate da neutralizzazione temporanea dell'ormone ipofisario.

L'A. è giunto a tali conclusioni avendo osservato, insieme al suo maestro prof. Sicard, all'ospedale di Necker, ove si pratica la cura fleboslerosante ambulatoria, numerose pazienti.

R. GRASSO.

VARIA.

Le ghiandole endocrine e la personalità umana.

(J. S. SANKFORD. *Amer. Med.*, marzo 1932).

Che il sistema endocrino abbia una grande importanza nello sviluppo e nelle caratteristiche somatiche dell'individuo è cosa ormai nota ed accettata da tutti; ma che siano proprio le ghiandole endocrine a formare la nostra intelligenza e il nostro carattere può apparire a prima vista esagerato.

Eppure l'A. è convinto che il nostro corpo, la nostra mente, il nostro carattere non siano altro che la diretta traduzione di ciò che sono le nostre secrezioni interne, che utilizzano a questo scopo il suolo, l'acqua, il cibo e le caratteristiche climatiche. E che le ghiandole a secrezione interna siano devolute a funzioni biologiche altissime è dimostrato evoluzionisticamente dal fatto che esse compaiono tardi sia nello sviluppo embrionale (dopo la terza settimana) sia nella scala zoologica ascendente. La prevalenza dell'una o dell'altra ghiandola dà una speciale caratteristica alla personalità di un individuo. Così il *tipo tiroideo* è uomo energico e d'azione, cordiale, vivace, attraente, brillante in società. Nelle donne prevale la bellezza. Il naso è a linee marcate ma ben for-

mato e i lineamenti armoniosi: i denti sono regolari, belli, perlacei.

Se vi è ipertiroidismo o distiroidismo la temperatura è alta, il polso molto rapido, tutti i poteri e le funzioni della vita sono in stato di iperattività, il paziente è estremamente nervoso. La pazzia o il crimine, sono spesso l'esito di questo stato. Nell'ipofunzionamento della ghiandola invece, anche le funzioni vitali sono basse: la mente è ottusa, il pensiero è legato, pigro; il paziente è privo di energia, manca d'iniziativa ed è incapace di azioni intelligenti. Una maggiore insufficienza nella secrezione conduce al cretinismo, all'idiozia, una vera morte nella vita.

Per il *tipo pituitario* bisogna distinguere a seconda che abbia prevalenza la secrezione del lobo anteriore o quella del lobo posteriore. Nel primo caso l'individuo possiede un fisico splendido: è quello che si dice comunemente un bell'uomo. Inoltre, avendo il lobo anteriore grande influenza sullo sviluppo della mente e particolarmente sulla parte intellettuale di questa, il pituitario tipico è il pensatore, l'inventore, il filosofo: uomo aggressivo, vede le cose dall'alto e riesce spesso vittorioso nella vita, se è aiutato da un sistema endocrino ben controbilanciato. Egli è il tipico raccontatore di storielle, centro di attrazione di ogni circolo. Se invece la secrezione pituitaria è insufficiente o alterata, l'individuo sarà caratterizzato da una mente particolarmente ristretta senza visione chiara delle cose, degli avvenimenti e degli uomini che lo circondano. Egli sarà un cittadino indeciso e non redditizio, spesso in conflitto con le leggi della società: sono note poi le alterazioni somatiche prodotte da un tale disturbo ghiandolare.

Il quadro cambia se si considera il lobo posteriore: questo è il centro delle sensazioni e dell'emozione, dell'amore e della creazione artistica, di tutto ciò insomma che è bello e gentile. Ma è anche la sede della gelosia, dell'insidia, dell'odio e di altre passioni inferiori.

Questo temperamento emozionale può costituire la base per lo sviluppo di un genio dell'arte, di un forte passionale come anche di un pazzo e di un criminale.

Il *tipo surrenale* è uomo di carattere forte di una costanza e volontà a tutta prova. Il suo apparato scheletrico e muscolare è superbo: è ipertricotico, di colorito bruno, l'attacco dei capelli basso sulla fronte, la faccia larga, squadrata, i denti forti, giallastri. È un gran lottatore e gode nella lotta: con la sua energia e la sua forza aggressiva egli compie grandi cose e vince quasi sempre nelle battaglie della vita. *L'iposurrenalico* invece è l'eternamente malato: la sua temperatura e subnormale, la pressione sanguigna è bassa, le mani e i piedi sono freddi; eternamente nervoso ed eccitabile egli soffre continuamente di dolori vaganti per il corpo: teme sempre la più grave delle malattie. È in sostanza il nevrastenico tipico.

Il tipo *gonadico* è altamente efficiente, pieno di vitalità e di movimento: forte volontà, egoistica, con tendenza al possesso. Le gonadi hanno inoltre una grande influenza sullo sviluppo delle altre ghiandole: nessun eunuco sarà mai grande nelle arti, scienza o letteratura.

Se poi la secrezione delle gonadi è molto limitata o alterata si possono avere quei casi di criminalità sessuale, di cui troppo spesso, purtroppo, le cronache parlano. La ghiandola *timo* ha principalmente la funzione di impedire lo sviluppo sessuale sino all'epoca della pubertà. Ma può occorrere che essa continui a funzionare anche oltre la pubertà e allora gli organi sessuali non si sviluppano. Si ha allora un quadro caratteristico: pelle vellutata, denti bianco-lattei, mente infantile: in sostanza tutti i vari caratteri infantili trasportati nell'età adulta. Nell'uomo il collo è rotondeggiante, le forme femminee e il carattere è uno strano miscuglio di infantile e di adulto: non infrequentemente omosessuali sono talvolta inclinati al delitto. Oscar Wilde era un tale tipo senza però la tendenza al delitto. Ma vi sono talvolta brillanti eccezioni nel carattere *timocentrico* e tale può essere considerato Raffaello.

E passando dall'individuo ai popoli, se in un popolo predomina un dato tipo ghiandolare, ciò è dovuto alle particolari condizioni ambientali e dietetiche: la carne e in genere le proteine stimolano la pituitaria anteriore e le gonadi; gli zuccheri, la tiroide e la pituitaria posteriore; il fosforo, le lecitine e il pesce, i surreni: a questi dati corrispondono chiaramente le caratteristiche dei popoli. E veramente è da augurarsi di possedere un sistema endocrino ben bilanciato ed egregiamente funzionante se, come afferma con entusiasmo l'A., esso ci può dare la salute, la felicità, il successo ed una buona longevità. G. LA CAVA

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 5190:

Gli indurimenti prodotti da iniezioni di chinina, di calomelano e simili si riassorbono col tempo; l'assorbimento può essere favorito con l'applicazione del calore e della diatermia.

Esiste in commercio un vetro trasparente per raggi ultravioletti; porta i nomi commerciali di Uviol, Vitaglass. *fil.*

Al dott. C. E. da O.:

Veda: C. Frugoni e G. Ancona: *L'asma bronchiale*. Unione tip. ed. torinese. Prezzo L. 18.

Quando si pratica l'iniezione endovenosa, il sangue che refluisce nella siringa o vi viene aspirato non coagula affatto e non può quindi provocare embolismi.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *Amministraz. Prov.* — Scad. 3 sett., ore 12; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000 oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; eventuale partecipaz.; tassa L. 50 al Cassiere provinc.; doc. a 3 mesi dall'1 lug. Chied. avviso e regolam. (questo importa L. 2) alla Segreteria generale.

GENONI (*Cagliari*). — Scad. 31 lug.; consorzio; L. 12.000 oltre L. 2000 cavalc., L. 1000 uff. san.; decurtaz. 12 %; 4 quinquenni dec.; addizionale L. 5 oltre i 1000 pov.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

GENOVA. *Municipio.* — Due posti di medico igienista di 2ª classe. Per titoli e per esami. Stipendio annuo lordo L. 14.000 con dieci aumenti biennali di L. 450, oltre indennità temporanea di caro-viveri nella misura di legge. Tutto soggetto a riduzione del 12 %. Documenti di rito ed inoltre laurea in medicina e chirurgia conseguita da almeno due anni, certificato dei voti degli esami, diploma di ufficiale sanitario, fotografia autenticata. Assunzione servizio entro quindici giorni dalla partecipazione di nomina. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza ore diciasette del 15 settembre 1932.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di medico direttore del Consorzio, direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 17.800, elevabile a L. 20.500, mediante due scatti quadriennali, rispettivamente di L. 1200 e L. 1500; indennità di servizio attivo L. 5500. Riconoscimento, limitatamente ad un quadriennio, del servizio già prestato in posti di ruolo di pari grado e specie. Età massima anni 45, salvo eccezioni di legge. Per maggiori schiarimenti, rivolgersi all'Amministrazione del Consorzio, che, a richiesta, invia copia integrale del bando di concorso. Scadenza 30 settembre 1932.

LUCCA. *Comune.* — Scad. 30 sett.; 6° circond.; L. 8000 oltre 5 quinquenni dec., L. 300 serv. att., L. 1500 trasp.; da decurtarsi del 12 %; c.-v.

LUCCA. *RR. Ospedali ed Ospizi.* — Scad. 31 lug.; 2 assistenti di chirurgia e 2 di medicina; L. 3000 e guardie di L. 20; deduz. 12 %; agli assistenti di chirurgia compartecipaz. Voti degli esami speciali.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 31 ag.; direttore del Consorzio e del dipendente Dispensario provinc.; L. 16.000 e 8 bienni ventes., oltre L. 2000 serv. att.; consulenza privata condizionata.

PIETRAMARAZZI (*Alessandria*). — Scad. 15 sett.; L. 7000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 800 ambulat.; età lim. 45 a.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Posto di 2° assistente medico nel Sanatorio Umberto I. Per titoli ed eventualmente esame; età non superiore ai 35 anni; documenti di rito; stipendio lordo L. 6200 (con cinque aumenti biennali del decimo), più indennità di carica di L. 2500 annue; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione, via E. De Amicis 45-A, Milano. Scadenza 30 luglio.

ROMA. *Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica).* — È prorogato al 15 agosto il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per esami a 24 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe in prova nell'Amministrazione della Sanità Pubblica. Per informazioni rivolgersi alle Prefetture del Regno.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 sett., ore 21; capoluogo; L. 8000 oltre L. 1000 direz. Ospedale Civile e chirurgo primario, c.-v.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 30 giu.; tassa L. 50,10.

SIRACUSA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 15 sett.; direttore; L. 22.000 elevabili a L. 25.000 per effetto di due aumenti quadriennali; riduz. 12 %. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

TAIPANA (*Udine*). — Scad. 10 ag.; rivolgersi Municipio.

TORELLA DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 6500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

TAURIANUOVA (*Reggio Cal.*). *Ospedale « Principessa di Piemonte ».* — Scad. 15 ag.; chirurgo primario; L. 13.500 oltre L. 2800 incarico direz. e partecipaz. 60 % atti operativi a pagam. — Medico primario; L. 12.000 e partecipaz. 60 % cure a pagamento. — Aiuto Sez. Medicina e aiuto Sez. Chirurgia; L. 7000 e partecipaz. 10 %. — Chied. annunzio alla Congregaz. di Carità.

TORINO. *R. Opera di Maternità* — Scad. 31 ag.; medico chirurgo ostetrico primario; L. 3000; nomina biennale salvo conferma; età lim. 50 a. Rivolgersi Segreteria.

VERUCCHIO (*Forlì*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto (ab. 1938, iscritti 143); L. 9000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 ag., ore 18; chirurgo aggiunto; titoli ed eventualm. esami; L. 6000, riduz. 12 %, compartecipaz. 20 %; nom biennale, conferme quinquennali; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 21 giu.; tassa L. 50,10 al Tesoriere. Chied. annunzio.

VOBARNO (*Brescia*). — Scad. 20 ag.; 2ª cond.; L. 8800 oltre c.-v., L. 2640 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VOLTERRA. *Frenocomio di S. Girolamo.* — Scad. 4 ott.; 2 medici di sezione; età lim. 35 a. al 4 lug.; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; L. 11.600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 alloggio, L. 1200 serv. att., 2 c.-v.; decurtaz. 12 %; tassa L. 50,10 al Tesoriere della Congregaz. di Carità (Cassa di Risparmio di Volterra). Un anno di lodevole servizio in Manicomio o Clinica psichiatrica. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Per un lavoro su di un tema di infortunistica.

Il Comitato organizzatore del VI Congresso internazionale degli Infortuni e del Malattie del lavoro, tenutosi a Ginevra nel 1931, istituisce un premio unico di mille franchi svizzeri, da assegnarsi all'autore del miglior lavoro originale e inedito sul tema seguente: « Valore dello stato anteriore nell'apprezzamento delle conseguenze di un infortunio sul lavoro ».

Sono ammessi a concorrervi i medici di tutti i paesi. Il premio sarà assegnato in occasione del prossimo Congresso internazionale che si terrà a Bruxelles nel 1935. Gli scritti dovranno pervenire, in due esemplari dattilografati, al segretario generale del Congresso di Ginevra, dott. Jersin, rue de la Monnaie, Genève, prima del 31 dicembre 1934. Essi saranno redatti in francese, in inglese, in tedesco o in italiano. L'autore conserverà la proprietà della sua opera, ma egli dovrà pubblicarla entro l'anno successivo all'assegnazione del premio. Il giurì sarà composto dall'Ufficio del Comitato organizzatore del Congresso di Ginevra. I dattiloscritti dovranno essere inviati senza firma, a recare, invece di questa, un motto, il quale sarà riprodotto su di una busta suggellata e contenente il nome, l'indirizzo e i titoli del candidato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Torino ha chiamato da Palermo il prof. Ercole Cova, alla cattedra di clinica ostetrica-ginecologica, lasciata vacante dal prof. Vicarelli per raggiunti limiti d'età; ha chiamato il prof. Ottorino Uffreduzzi, di patologia chirurgica, alla cattedra di clinica chirurgica, rimasta vacante in seguito alla chiamata del prof. Donati a Milano.

Rallegramenti agli insigni Maestri.

Il sen. conte Giacomo Suardo è nominato presidente della Cassa Nazionale Infortuni, in sostituzione del sen. Carlo Bonardi, che ha chiesto di essere esonerato, per altri impegni.

Il dott. R. Mouchet è nominato medico capo e direttore del Servizio d'igiene del Congo belga, in sostituzione del dott. Trolli, chiamato ad altre mansioni in ricompensa dei servizi resi alla Colonia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Imola.

La costruzione di un nuovo reparto sanatoriale.

L'Ospedale S. Maria della Scaletta d'Imola ha di recente risolto egregiamente il problema dell'assistenza ai malati di petto, mercè la costruzione di un reparto sanatoriale per uomini e donne annesso all'Ospedale.

È costituito di un ampio fabbricato a due piani dotato di vasti e luminosi corridoi ben arieggiati e completamente separati fra i due sessi ed è capace di ricoverare 70 malati e cioè 40 uomini e 30 donne in infermerie di 2-4-6 letti ciascuna con chiamata a segnalazione luminosa e con riscaldamento a termosifone.

Annessi ad ogni sezione: latrine, bagni, lavapiedi, bidet e lavabi con miscela di acqua calda e fredda e a scaricamento automatico di 5 litri ogni volta.

Al piano terreno esposte a mezzogiorno sono le sale di convegno e le verande con sedie a sdraio e accesso nei giardini ricchi di fiori e di piante ornamentali ad alto fusto; mentre nella parte esposta a nord-ovest con accesso esterno indipendente è stato disposto il nuovo dispensario di Igiene sociale dotato di 6 locali costruiti con i dettami moderni più rigorosi e provvisto di ogni mezzo di accertamento diagnostico.

Il reparto sanatoriale oltre gli altri comuni divertimenti è dotato anche di un apparecchio radio Marelli.

Per i servizi valgono i servizi centrali dell'Ospedale.

Progettista è stato l'ing. Giulio Marcovigi di Bologna.

Direttore è il prof. Silvio Corinaldesi, coadiuvato da un assistente. A.

NOTIZIE DIVERSE.

14° Congresso internazionale di fisiologia.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Roma dal 29 agosto al 3 settembre. L'inaugurazione avrà luogo la mattina del 29 agosto, nella sala « Giulio Cesare » in Campidoglio. Il discorso scientifico inaugurale sarà pronunziato dal prof. A. V. Hill di Londra sul tema « Energy exchanges in muscle and nerve ».

Tassa d'iscrizione 100 lire.

Sono in programma un viaggio a Napoli, una gita alla Villa Adriana, una ad Ostia-Lido, escursioni facoltative a Capri, al Vesuvio e Pompei, a Pesto. Gli uffici del Congresso hanno sede nel R. Istituto di Chimica (via Panisperna 89-A); a richiesta s'invia il programma. Per gli alberghi rivolgersi alla C.I.T. (piazza dell'Esedra 68). Per le escursioni rivolgersi all'Ufficio Gite del Congresso ovvero all'Agenzia Thos. Cook & Son Ltd., via Veneto 9, non più tardi dell'8 agosto.

4° Congresso italiano di anatomia.

Dal 14 al 17 ottobre avrà luogo in Pavia il IV Congresso della Società italiana di anatomia. Verrà celebrato il centenario della morte di Antonio Scarpa e verrà commemorato Alfonso Corti.

Saranno svolti i seguenti temi di relazione: 1° G. Favaro: « Antonio Scarpa nella storia dell'anatomia normale »; 2° C. Artom: « Sesso e cellule sessuali nei loro stadii intermedii »; 3° G. L. Sera: « I più importanti risultati sulla morfologia e sulla paleobiologia dei Primati ».

Rivolgersi al prof. Antonio Pensa, direttore dell'Istituto di anatomia umana normale della R. Università, Pavia.

3° Congresso nazionale di nipiologia.

Questo Congresso, promosso dalla Società Italiana di Nipiologia, presieduta dal prof. Ernesto Cacace, si terrà in Perugia nei giorni 20-23 settembre.

L'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, come nei Congressi precedenti, ha concesso l'onore del suo intervento ufficiale; ed il gr. uff. avv. Sileno Fabbri, R. Commissario dell'Opera, pronunzierà il discorso inaugurale, trattando il tema: « L'unità d'indirizzo

dell'assistenza dell'infanzia abbandonata nei riflessi dei lattanti ».

Saranno svolte le seguenti relazioni: 1° G. B. Allaria: « Il problema della ospedalizzazione dei lattanti »; 2° S. Baglioni: « Il lattante nelle arti figurative »; 3° G. Bilancioni: « Sordità congenita »; 4° C. Colucci: « Benessere e malessere psichico nel lattante »; 5° O. Cozzolino: « Obesità del lattante »; 6° G. Frontali: « Avitaminosi fruste nel lattante »; 7° V. Gesmundo: « La tutela del lattante nella riforma dei Codici »; 8° G. Mazzini: « Il lattante in rapporto all'arte musicale »; 9° N. Pende: « Endocrinologia e Nipiologia »; 10° M. Pincherle: « Igiene del sistema locomotore del lattante. Albori e basi dell'educazione fisica nella prima infanzia »; 11° G. Rossi: « Vedute moderne sull'igiene del latte »; 12° R. Simonini: « La biologia e l'assistenza del neonato e del lattante negli scrittori dell'alto Medio Evo ».

Saranno ammesse comunicazioni, preferibilmente sui temi di relazioni; ciascun oratore potrà fare una sola comunicazione.

I non soci dovranno versare all'atto dell'iscrizione la quota di L. 30. Potranno anche iscriversi le Istituzioni, e farsi rappresentare da un delegato. Potranno partecipare al Congresso, quali membri associati, le persone di famiglia dei titolari, versando la quota di L. 15. Tutti gli iscritti riceveranno in tempo utile lo scontrino della riduzione ferroviaria ed avranno diritto di usufruire degli altri vantaggi, che potranno essere ottenuti.

A lavori terminati saranno effettuate visite e gite d'istruzione.

Nella sede del Congresso sarà disposta una Mostra.

I titoli delle comunicazioni con brevi riassunti dovranno essere inviati non più tardi del 15 agosto al presidente della Commissione ordinatrice, prof. Angiola Borrino, direttore della Clinica pediatrica della R. Università, Perugia. Le schede di adesioni e le quote d'iscrizioni per i non soci della Società Italiana di Nipiologia e per i membri associati (persone di famiglia dei soci e non soci) dovranno essere inviate al tesoriere della Commissione ordinatrice, rag. Giuseppe Pimpinelli, economo del Municipio, Perugia.

Per tutte le informazioni e per ogni altra evenienza rivolgersi al segretario della Commissione ordinatrice, dott. Annibale Piccioli, aiuto nella Clinica Pediatrica della R. Università, Perugia.

3° Congresso dei medici dell'Opera Nazionale Balilla.

L'Opera Nazionale Balilla ha, per opportuna disposizione dell'on. Renato Ricci, convocato a convegno in Roma, come abbiamo annunziato, tutti i medici che prestano servizio nell'organizzazione. Il convegno è indetto per il 30 e continuerà il 31 corr.; ha lo scopo di sempre meglio trarre ammaestramento dall'esperienza per dare unicità di indirizzo alla complessa opera svolta da oltre 2500 medici, che prestano, alla gioventù inquadrata nell'Opera, assistenza sanitaria gratuita e volonterosa, e per coordinarla. Su argomenti scientifici vari, riferiranno illustri maestri della medicina, tra cui il prof. Pende dell'Università di Genova e il prof. Micheli dell'Università di Torino, entrambi dirigenti sanitari dell'organizzazione.

Le " Giornate mediche ,, di Bruxelles.

Si sono tenute con l'abituale successo. Alla inaugurazione intervenne il ministro dell'interno e dell'igiene, Henri Carton, che tenne un magnifico discorso; per gli stranieri parlò il prof. Balthazard, decano dell'Università di Parigi.

Le conferenze e lezioni furono ascoltatissime; segnaliamo quelle di Marañon, Danielopolu, Carozzi ecc. Così pure le sedute operatorie e le dimostrazioni cliniche tenute in vari ospedali.

Nell'occasione si sono adunate molte Società mediche: la Società belga di gastro-enterologia, la Lega belga contro il reumatismo, la Società di medicina e chirurgia del lavoro, la Società belga di medicina preventiva e d'eugenica, la Lega internazionale contro il ciarlatanismo.

Una magnifica Mostra era stata raccolta nei locali universitari. Vari trattenimenti hanno intramezzato i lavori; segnaliamo una dimostrazione di ginnastica data dall'Istituto militare d'educazione fisica e alcuni ricevimenti.

Le " Giornate ortopediche ,, di Nancy.

Il 1° e il 2 luglio si sono tenute, a Nancy, le prime « giornate ortopediche », organizzate dalla « Société française d'orthopédie »; vi hanno assistito più di 70 soci. Numerose dimostrazioni sono state fatte, all'« Hôpital Central », dai proff. Hamant e Michel.

2° Convegno delle Colonie fluviali padane.

Il 26 giugno si sono adunati a Cremona gli organizzatori e gli studiosi delle Colonie fluviali. Il convegno fu aperto dal gr. uff. Rossi, preside del Consorzio Antitubercolare Cremonese. Alla presidenza fu chiamato l'on. Roberto Farinacci. Vennero fatte le seguenti relazioni: R. Grignani, « La elioterapia nelle colonie fluviali »; Priori, « Giornata del fanciullo in colonia »; P. Piccinini, « La funzione sociale della terapia fisica naturale »; il prof. Pelicelli tenne una lezione su « Il clima delle colonie fluviali ». Si visitarono le colonie padane « Roberto Farinacci ».

Corso integrativo di puericultura pre- e post-natale per medici condotti e liberi professionisti.

Dal 20 agosto al 20 settembre si svolgerà in Milano un corso di puericultura pre- e post-natale organizzato dall'O. N. M. I. presso le RR. Cliniche Pediatrica e Ostetrica per medici condotti e liberi professionisti; sarà diretto dal prof. J. Nasso.

Scopo del corso è quello di preparare sanitari adatti a collaborare alla funzione assistenziale dell'Opera secondo le direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle Delegazioni Provinciali approvate con ordinanza 8 aprile 1932-X.

I medici che intendono frequentare il corso dovranno fare domanda per iscritto su carta legale direttamente alla Delegazione Provinciale O.N.M.I. (via Monforte 31, Palazzo del Governo) non oltre il 31 luglio unendo copia del certificato di laurea; nonchè la ricevuta della tassa di iscrizione di L. 50 più L. 35 per ammissione all'esame e rilascio del certificato, da versarsi all'Ufficio di Ragioneria della Delegazione (via Monforte 31).

Per ottenere l'ammissione agli esami gli iscritti dovranno frequentare regolarmente le lezioni e le esercitazioni pratiche.

Gli esami finali del corso consisteranno in una prova pratica di puericultura e in domande su argomenti svolti durante il corso.

Non potranno essere ammessi al corso più di 50 medici; avranno la precedenza i primi iscritti.

Per il Policlinico di Perugia.

Il Capo del Governo ha accolto le proposte fatte dal prof. Leonardo Dominici, Magnifico Rettore dell'Università di Perugia, per l'ampliamento ed il completamento di quel Policlinico, e nell'ultima riunione del Consiglio dei Ministri è stato approvato il contributo del Governo in 6 milioni di lire. Altri 2 milioni di lire sono stati versati dall'Università e da vari Enti della città e della Provincia di Perugia. Così la capitale dell'Umbria avrà una scuola medica delle più efficienti, con tutte le Cliniche e con numerosi Istituti scientifici, dei quali vi sono già quelli di anatomia patologica e di patologia generale; di più saranno costruiti quelli per l'anatomia umana normale e per le due patologie speciali.

Il Capo del Governo ha anche concesso un aumento del contributo annuo governativo per l'Università degli Studi di Perugia, in L. 500.000.

Per tal modo la città di Perugia, che è già un centro culturale importante, si affermerà sempre maggiormente nel campo degli studi.

Nuovi Istituti all'Università di Galveston.

Presso la Scuola medica dell'Università del Trexas a Galveston, il 30 e il 31 maggio vennero inaugurati tre nuovi edifizi: uno veramente grandioso, a 4 piani, con circa 500 finestre, per i laboratori (d'istologia, embriologia, anatomia, patologica generale, chirurgia sperimentale, nonchè due musei e una biblioteca capace di 60.000 volumi); uno a 5 piani per gli ambulatori, per alcuni laboratori (metabolismo basale, elettrocardiologia) e per l'anatomia patologica; uno per l'alloggio delle infermiere, capace di 165 posti, e con un'aula per lezioni, capace di 250 posti. L'inaugurazione fu solennizzata con varie conferenze scientifiche tenute da insegnanti locali e da ospiti d'onore.

Il costo complessivo delle opere corrisponde a circa 50 milioni di lire italiane.

Donazione di radium.

La Cassa di Risparmio di Ferrara ha donato all'Ospedale S. Anna, della città, 150 mg. di radium in « semi », in tubetti e in una placca; il prezioso elemento proviene dal Congo belga.

Per il monumento a Carlo Forlanini.

Il Comitato argentino pro sottoscrizione internazionale per un monumento a Carlo Forlanini ha tenuto la sua ultima e conclusiva riunione il 15 giugno, nei locali dell'Associazione Medica Argentina. Il presidente effettivo del Comitato, prof. Gregorio Aráoz Alfaro, lumeggiò l'importanza della scoperta che l'umanità deve al grande clinico italiano e il significato dell'iniziativa per un monumento, partita dall'illustre tisiologo francese Léon Bernard. Il tesoriere prof. G. De Luca rese conto della gestione finanziaria, consegnata in un elegante opuscolo: la somma raccolta, dalla quale egli non ha voluto detrarre le spese vive di corrispondenza e di posta, ascende a pesos 7946, cioè circa lire it. 40.000, le quali sono state rimesse alla Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, in Roma.

Onoranze alla memoria del prof. Queirolo.

Si è costituito a Pisa un comitato che intende provvedere alla migliore sistemazione e decorazione della cappella mortuaria, ove giacciono le spoglie del prof. Queirolo, il quale fu sepolto nel tempio monumentale di S. Francesco, che è il Pantheon cittadino. Le offerte all'uopo devono indirizzarsi al cassiere del Comitato, prof. Vincenzo Biagi, via S. Antonio 19, Pisa.

In memoria del prof. Fabbri.

È stata scoperta a Bologna una lapide in memoria del prof. Ercole Fabbri, che fu ostetrico e pediatra esimio ed insegnò per lunghi anni negli Atenei di Modena e di Bologna.

Mostra medica d'arte a Madrid.

Si terrà per la terza volta nel prossimo autunno, ad iniziativa del periodico « Vida Médica ». Possono esservi esposte opere di pittura, scoltura, disegno, fotografie artistiche, caricature, ecc. eseguite da medici spagnoli.

Viaggio d'istruzione a istituzioni antitubercolari.

In occasione dell'VIII Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi, che avrà luogo all'Aja nei giorni 6-9 settembre, la Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi sta organizzando un viaggio collettivo d'istruzione per visitare le Istituzioni antitubercolari della Svizzera, della Germania, dell'Olanda.

Il viaggio avrà inizio da Milano ove converranno i partecipanti il 30 agosto.

Sono previste tappe a Leysin, Berna, Francoforte, Colonia ove saranno tenute sedute scientifiche. A questo viaggio interverranno numerosi tisiologi ed igienisti delle Università e delle Istituzioni Antitubercolari italiane; la Federazione Nazionale Fascista contro la Tubercolosi farà all'Aja una dettagliata esposizione del movimento antitubercolare italiano. Le iscrizioni si chiudono il 1° agosto.

Viaggi medici.

« La Nomade », società medica e universitaria di turismo, effettuerà durante le vacanze estive i seguenti viaggi: 2-11 agosto: Olanda; 22 agosto-7 settembre: Engadina, Dolomiti, Tirolo; 6-11 settembre: Laghi Italiani; 22 agosto-11 settembre: Engadina, Dolomiti, Tirolo e Laghi Italiani; 14-21 settembre: Morvan e dintorni. La maggior parte dei viaggi si compie in auto-carri; sono evitate le notti in treno; non si fanno pranzi al cestino. Chiedere informazioni e programmi (inviando francobollo) al presidente, Dr. Cavro, rue Jules-Ferry 15 (Paris (XIIIe).

Un viaggio di propaganda nell'Oriente avrà luogo durante il mese di settembre; partenza da Parigi, via Milano-Venezia; ritorno a Parigi per Napoli e Marsiglia; numerose tappe, tra cui le capitali balcaniche; prezzo complessivo 6620 franchi. Rivolgersi al: Service touristique du Comité France-Orient, rue de Londres 9, Paris (IXe).

Nella stampa medica.

Non s'intende bene se « The Nature of Disease Journal » sia un libro o, come vorrebbe il titolo, un giornale; è redatto per intero da J. E. R. Mc-Donagh, del Reale Collegio dei chirurgi di Londra; il 1° fascicolo, in bella stampa, risulta di 172 pagine e tratta argomenti svariatissimi, che vanno dalle trombosi ai virus filtrabili; reca un prologo ed un epilogo; è edito dalla William Heinemann (Medical Books) Ltd. (99 Great Russell Street, London W. C. 1); importa s. 7 d. 6, oltre 5 d. per spese postali. È annunziata la pubblicazione di un fascicolo all'anno.

Prescrizioni mediche cifrate.

Questa pratica non è nuova. Di recente essa ha dato origine a discussioni vivaci in Inghilterra. Il dott. Cox, segretario medico dell'Associazione Medica Britannica, la ha definita come « abbominevole », poichè legittima il sospetto di una connivenza economica tra il medico e il farmacista a conoscenza del cifrario; inoltre consente l'uso di rimedi segreti; infine rende difficile il controllo sull'operato del medico. D'altra parte i sostenitori del metodo sostengono che esso tutela bene il segreto professionale; inoltre il paziente non conosce quali medicinali riceve, e per tal modo si elimina il rischio che egli individui quelli che possono esser causa di tossicomania, e li procuri; ancora: non si corre il rischio che la prescrizione venga ripetuta presso più farmacie, fino ad accumulare dosi tossiche, per scopi criminosi.

Impressione prevalente è però che la pratica non vada incoraggiata, anche per eliminare ogni ombra di sospetto di « comparaggio ».

Cure a prezzi fissi.

Una delle conseguenze della crisi esonomica in Germania è la crescente diffusione delle cure « a prezzi fissi ». Accade con frequenza che i malati o chi per essi elevino grandi proteste contro i medici, a causa del costo ultimo delle cure, costo che « diviene » elevatissimo, in modo inaspettato, nel corso della malattia, a misura che si moltiplicano gli esami, tra cui i più incriminati sono quelli radiologici e quelli « funzionali ». A volte i malati o chi per essi si sentono « spogliati » e non possono difendersi. Perciò molti malati ora preferiscono sottrarsi del tutto alle cure e subire piuttosto la malattia, fino all'inguaribilità; d'altra parte la disoccupazione dei medici cresce, fatta eccezione per quelli più in voga, che lavorano sempre molto.

Di fronte a questa situazione, è entrata in campo la virtù di adattamento dei medici, che hanno proposto e attuato le cure *à forfait*: si stabilisce il prezzo in anticipo e lo si mantiene, qualunque siano il numero e la natura degli esami diagnostici e degl'interventi curativi.

Il metodo va prendendo piede: si moltiplicano gli annunzi di medici che offrono queste cure.

Si è fatto considerare che il prezzo fisso può portare il medico ad un'azione affrettata, superficiale, e incompleta; perciò si preconizza di attenersi ad un altro metodo: ridurre al minimo le tariffe mediche, così da renderle largamente accessibili.

Casi di febbre gialla in Bolivia.

Una epidemia manifestatasi a Santa Cruz de la Sierra, in Bolivia, è stata diagnosticata quale febbre gialla dal prof. Salvador Mazza, capo della Missione di studio sulla patologia tropicale dell'Argentina. La diagnosi è stata confermata da altri esperti: Rocha-Lima (Brasile), Hoffmann (Cuba), Beaurepaire Aragao (Uruguay), nonchè da una missione della Fondazione Rockefeller in Bahia e dall'Istituto Butantán di San Paolo. Il Mazza ha accertato in Bolivia anche l'esistenza endemica del tifo esantematico. Le autorità sanitarie della Bolivia hanno coadiuvato l'inchiesta.

Medici scacchisti in Francia.

L'« Echiquier Médical » di Parigi, circolo medico di giocatori di scacchi, si aduna tutti i lunedì, dopo le 21, nella sua nuova sede sociale (place du Palais-Royal,. Café de Rohan). Tutti i colleghi giocatori — medici, farmacisti, dentisti — saranno i benvenuti.

Onorificenza a un donatore di sangue.

L'infermiere Anselmi Umberto, dell'Ospedale Policlinico Umberto I di Roma, offertosi 26 volte per trasfusioni sanguigne, è stato insignito della croce di cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia, per Sovrano *motu proprio*, in seguito a personale segnalazione che si è compiaciuto di fare il Capo del Governo.

Merita un richiamo la perdita, avvenuta or non è molto del dott. GUSTAVE DRYEPONDT. Nel 1890, appena laureato, accedendo agli inviti che re Leopoldo II rivolgeva ai suoi sudditi, si recò nel Congo belga, quando la vita in quella regione era piena di pericoli e d'insidie, e fu un vero pioniere: egli ha contribuito moltissimo a dischiudere il « continente nero » alla civiltà ariana.

In patria ha fondato poi la « Société belge d'études coloniales » ed ha organizzato le « Journées coloniales ». A. P.

È morto a Copenaghen, in età di 84 anni, il prof. BERNHARD BANG, reale medico veterinario e professore al Collegio veterinario della Danimarca; il suo nome resta legato allo studio delle tubercolosi animali, delle brucellosi animali e delle brucellosi umane d'origine animale (morbo di Bang). L. V.

Il dott. JEAN LAUMONIER è stato uno dei più brillanti giornalisti medici dei nostri tempi. La sua erudizione prodigiosa gli permetteva di trattare con competenza gli argomenti più svariati. Era dotato di un raro talento espositivo e suppliva con il molto buon senso alla inevitabile mancanza di conoscenza diretta di molti soggetti trattati.

Da parecchi anni aveva perduto la vista; ma continuava a fare pubblicazioni interessanti, secondato dall'ottima compagna della sua vita.

D.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Sperimentale, I. — C. A. LANG. Emocolture del bacillo tubercolare secondo il metodo Löwenstein. — G. CORONEDI. Rumori funzionali originati da veleni cardiaci. — F. NERI. Brucellosi animali.

Riv. It. di Stomatol., gen. — C. CAVINA. Cura delle nevralgie gravi essenziali del trigemino. — U. SARAVAL. La riserva alcalina nei malati di carie dentale.

Haematologica, Arch. II. — A. OMODEI-ZORINI. Esiste una leucemia eosinofila? — V. DALL'ACQUA e V. DE ANTONI. Trattam. della poliglobulia. — P. INTROZZI e C. DESSYLLA. Elementi reticolo-istiocitari del sangue.

Rass. di Med. applic. al lav. industr., gen.-feb. — E. C. VAGLIANI. Eosinofilia e sintomi precoci di saturnismo.

Bull. Méd., 2 apr. — C. JAQUELIN. La leggenda dell'aerofagia.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 mar. — H. BRANDT. Il controllo della circolaz. nello sport.

Rev. Sud-Amér. de Méd. et de Chir., feb. — P. ESCUDERO e J. A. PÍNGARO. L'isoglicemia. — P. L. MIRIZZI. La splenomegalia di Bandi.

Mediz. Welt, 2 apr. — Numero di climato-balneo-terapia.

Mediz. Klinik, 1 apr. — T. BRUGSCH. Origine e forme dell'ittero. — E. ABDERHALDEN. Natura delle vitamine.

Brit. Med. Journ., 2 apr. — F. H. YOUNG. Infezioni croniche non tubercolari dei polmoni nei bambini.

Rev. Méd.-Chir. d. Mal. du Foie ecc. mar.-apr. — P. ABRAMI. Le grandi sindromi delle cirrosi epatiche.

Presse Méd., 2 apr. — L. BÉRARD e P. MALLET-GUY. Litiasi vescicolare senza colecistite. — R. SAUPAULT. Pancreatiti dette edematose.

Gaz. d. Hôp., 2 apr. — P. CHÈNE e J. VANNIER. Forme gastro-intestin. della linfogranulomatosi maligna.

Münch. Med. Woch., 1 apr. — MÜHLENS. Plasmochina e atebrina. — MEYER. Ulcus phlebiticum.

Deut. Med. Woch., 1 apr. — KIKUTH, SIOLI, PETER. Atebrina.

Riv. Ital. di Ginec., mar. — E. CRISPOLTI. Influenza delle glandole endocrine fetali nell'attività motoria dell'utero. — G. TRAINÀ RAO. Azione degli estratti preipofisari sui genitali di animali ovariectomizzati.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 1 Agosto 1932 - X Num. 31

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma
diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Su un caso di uronefrosi sinistra da vaso anomalo. (1)

Prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il caso, che oggi è oggetto del nostro studio, appartiene a quella categoria di lesioni, di cui è importantissimo il riconoscimento precoce per potere con un atto chirurgico tempestivo raggiungere veramente la guarigione.

Leggiamo il sunto della storia clinica e facciamo insieme tutte quelle considerazioni che possono giovarci per la diagnosi:

« C. A. Bambina di 12 anni da Mentana. Nata a termine da genitori sani. Fin dall'età di 4 anni ha cominciato a soffrire, saltuariamente, di crisi dolorose alla regione lombare sinistra con irradiazioni verso l'inguine e la radice della coscia dello stesso lato, accompagnantisi a vomito, ma mai a febbre e disturbi della minzione. Questi accessi si ripetevano ogni 2-3 mesi, non erano influenzati dallo strapazzo, ma rimettevano facilmente col decubito supino e con applicazioni calde. Non ematuria, urine chiare, non segni cistitici.

All'ingresso in clinica il 29 Febbraio 1932 si riscontrò il seguente esame obiettivo:

Condizioni generali buone, nulla a carico degli apparati, polmonare e cardiovascolare. Regioni lombari simmetriche, indolenti alla pressione profonda; il polo inferiore del rene destro si palpa; liscio, indolente e così pure quello di sinistra. Punti reno-ureterali indolenti. Nulla a carico dell'addome e degli organi ipocondriaci.

Esame dell'urine: quantità delle 24 h. 1000 cc., p. s. 1018; reazione acida; urea 12 ‰; albumina traccie; zucchero assente. Nel sedimento: emazie, qualche leucocito disfatto e cristalli di ossalato di calcio.

(1) Lezione tenuta il 6-IV-1932, raccolta dal dott. V. Lozzi.

Radiografia semplice dell'apparato urinario: ombra da calcolo in corrispondenza del rene destro.

Cistoscopia: vescica normale, meati ureterali normali. L'indaco-carminio si elimina a sinistra dopo 4' mentre non si elimina affatto da destra.

Eliminazione della F. S. F.: 45 %, nella prima ora.

Azotemia 0,32 ‰. Wassermann negativa. Cutireazione negativa.

Il 3-III-1932 in anestesia generale fu operata di lombotomia destra.

Il rene d. ridotto ad una sacca uronefrotica, fu asportato. Particolare importante: esistevano due vene renali accessorie, una polare superiore e l'altra polare inferiore.

Il decorso post-operatorio fu normale; però. in 12ª giornata, quando già la ferita era cicatrizzata, la p. ha avuto nuovamente una colica al fianco sinistro con vomito, che è scomparsa col decubito supino ed applicazioni calde.

In presenza di questa nuova crisi dolorosa a sinistra, quando già il rene destro era stato asportato, e col reperto in esso di vasi anomali, si pensò anche per il lato sinistro all'esistenza di un vaso anomalo renale ostacolante il vuotamento della pelvi, e viene praticata una urografia endovenosa.

Urografia endovenosa: dilatazione ampollare della pelvi e dei calici, con difetto di riempimento al livello dell'unione pelvi-ureterica.

Non inginocchiamento dell'uretere ».

***

Abbiamo quindi una piccola bambina, che dall'età di 4 anni ogni 2-3 mesi soffre di accessi dolorosi al fianco sinistro, che si irradiano alla radice della coscia corrispondente e che si accompagnano a vomito, senza segni cistitici nè ematuria. Tali accessi durano 6-7 ore e scompaiono con il decubito orizzontale ed applicazioni calde. Con questa sintomatologia la p. è entrata in Clinica il 29 febbraio 1932.

Considerando un po' più attentamente questa anamnesi, due fatti principali risaltano: 1° questi attacchi dolorosi al fianco sinistro irradiantisi alla coscia e accompagnati da vomito; 2° il fatto che i dolori cessano con il decubito orizzontale.

Si potrebbe pensare, data la sintomatologia dolorosa, ad una calcolosi renale sinistra, ma, cosa importante, la p. non ha avuto mai ematuria, nè si è accorta che tali fenomeni fossero in rapporto con il movimento o con qualsiasi strapazzo fisico in genere. Tuttavia l'esame clinico completo e quello radiologico in specie ci fece porre la diagnosi di calcolosi renale destra in un rene completamente fuori funzione, quantunque non solo non si fossero avuti i sintomi sopra accennati, ma da questo lato neppure fenomeni dolorosi.

Rimaneva dubbia però la spiegazione della sintomatologia dolorosa, per cui si pensò che, le coliche a sinistra fossero dovute ad un riflesso reno-renale, pur tenendo presente che, in questi casi i fenomeni dolorosi sono generalmente da ambedue i lati: oppure si poteva ammettere, una dolorabilità del rene sinistro per ipertrofia vicaria e sovraccarico di lavoro.

Il reperto operatorio, di un rene ridotto completamente ad una sacca uronefrotica, con due vasi renali anomali, assume una importanza grandissima per la esatta spiegazione della sintomatologia presentata dalla nostra piccola paziente, dall'altro lato.

Infatti, sappiamo che i vasi renali anomali o aberranti sono molto frequenti, e spesso bilaterali; essi si incontrano in media nel 20-25 % dei casi, giacchè le anomalie dei vasi renali sono fra le più comuni anomalie vascolari.

Tali vasi anomali possono essere in numero vario, da 1 a 5-6 e nel 60-65 % dei casi vanno al polo renale superiore. Generalmente trattasi di arterie sole, meno spesso di arterie accompagnate da vene, meno frequentemente ancora solamente di vene; ed il loro calibro può essere molto vario, potendo perfino nutrire un quinto o un terzo del parenchima renale. Questi vasi possono avere varie origini: per lo più provengono direttamente dall'aorta, o dalla stessa renale, dalla spermatica, talora dalla capsulare media, dalla diaframmatica, dall'iliaca comune, ecc.

Circa i rapporti dei vasi anomali che vanno al polo renale inferiore con l'uretere, si può dire che il 70 % di essi è situato dietro l'uretere. La genesi di queste anomalie vascolari si spiega facilmente, pensando che esse rappresentano il permanere di relazioni vascolari che sono perfettamente normali nell'embrione.

Ma tali vasi aberranti nella maggior parte dei casi, non hanno importanza patologica nella patogenesi dell'uro-nefrosi. Si comprende facilmente come i vasi anomali polari superiori non possano mai determinare l'idronefrosi, ma neppure quelli polari inferiori la determinano in tutti i casi, specialmente se sono situati dietro l'uretere. I vasi polari superiori possono invece avere importanza operatoria; quindi in ogni nefrectomia l'operatore deve pensare alla loro possibile presenza, nelle manovre di lussazione del rene, e provvedere alla loro legatura, se esistono, giacchè, altrimenti, danno luogo a delle emorragie spesso imponenti e molto difficili da dominare.

Perchè i vasi polari inferiori possano determinare un inginocchiamento dell'uretere e quindi un ostacolo al vuotamento della pelvi è necessario, oltrechè in genere, che siano situati avanti l'uretere, che coesista una aumentata mobilità del rene, che permetta all'uretere di angolarsi sul vaso anomalo che lo incrocia, come un panno bagnato steso su di una corda. Viene quindi a determinarsi un ostacolo al libero vuotamento della pelvi con ristagno ed ectasia di questa. Questo ostacolo, dapprima intermittente, si accentua nella stazione eret-

ta per l'abbassamento del rene, mentre si attenua o in qualche caso scompare completamente nella posizione orizzontale, insieme al cessare della sintomatologia dolorosa. Col tempo però, la uronefrosi da intermittente, tende a diventare permanente e progressiva. Infatti una infezione, anche lieve, o dei fatti di ispessimento nel punto compresso, trasformeranno questa ostruzione, o angolatura momentanea in una ostruzione permanente e progressiva per lo svilupparsi di fatti aderenziali flogistici. In questi casi la stasi favorisce, oltre l'insorgere e il permanere dell'infezione, la produzione di calcoli secondari, talora di ascessi, la trasformazione del rene in una sacca uronefrotica, e poi uropionefrotica, e conduce infine alla distruzione completa del parenchima renale (questa successione di fatti morbosi si è verificata in parecchi casi della nostra Clinica). Ha grande importanza perciò il riconoscere questo stato patologico in un periodo iniziale, per potere con un atto chirurgico tempestivo impedire la distruzione del rene. La sintomatologia che si determina in questi casi è per lo più netta, e permette di stabilire una diagnosi. Abbiamo all'inizio la sintomatologia della idronefrosi intermittente, che subisce in seguito modificazioni varie a seconda delle complicazioni sopraggiunte: infezione, calcoli, pionefrosi. Per la diagnosi ha molto valore la constatazione di un ostacolo nell'uretere alla sua origine per mezzo del cateterismo, e la dimostrazione pielografica di una angolatura dell'uretere o dell'unione pelvi-ureterica, o, meglio di un difetto di riempimento a livello dell'inizio dell'uretere, insieme ad una ectasia del tratto soprastante.

A spiegare i fenomeni dolorosi che si hanno in casi di vasi anomali, esistono due teorie: la teoria meccanica e quella funzionale. Secondo la prima, che appare la più verosimile, i disturbi dolorosi sarebbero dovuti al fatto che il vaso anomalo funziona da ostacolo meccanico al deflusso dell'urina per mezzo della compressione sull'uretere, con conseguente ectasia della pelvi. Secondo invece la teoria funzionale, sostenuta da Legueu, Fey, ecc. più che di ostacolo meccanico, si tratta di disturbi funzionali, di alterazioni nei movimenti peristaltici pieloureterali, a causa dei quali la pelvi non si svuoterebbe più completamente. Tali alterazioni nei normali movimenti peristaltici della pelvi sarebbero stati osservati da Legueu mediante la pieloscopia e sarebbero dovuti alla presenza pura e semplice di vasi anomali, che funzionerebbero da « spina irritativa ».

A parte la spiegazione, il fatto certo è che, o per azione meccanica o semplicemente funzionale, la pelvi si distende sotto la pressione dell'urina che non defluisce più completamente e liberamente e si ha la formazione, prima, di una semplice pielectasia, poi di una idronefrosi con distruzione progressiva della sostanza renale, e con l'andare del tempo, perdurando le condizioni che ostacolano il deflusso dell'urina, scomparsa quasi totale della sostanza renale, che viene ridotta ad un semplice stratarello fibroso. In primo tempo abbiamo crisi dolorose, che scompaiono con la posizione orizzontale e con abbondante emissione di urina: abbiamo cioè il quadro clinico della uronefrosi intermittente. Questa che alcune volte è legata alla semplice mobilità renale anomala, altre volte può esser dovuta alla presenza di vasi anomali, in genere polari inferiori, situati avanti all'uretere, esistendo però quasi sempre un certo grado di abbassamento del rene.

E ciò è molto importante a sapersi, perchè operando questi pazienti di sezione del vaso anomalo con fissazione del rene si toglie la causa della uronefrosi e si fa cessare la sintomatologia. Per la coesistenza della ptosi renale, si pensò dapprima che bastasse solamente fissare il rene, e ci si asteneva dal sezionare il vaso anomalo, specialmente se questo era arterioso, per timore di produrre una necrosi ischemica di un tratto del rene. Ed anche noi, nella nostra Clinica, nei primi tempi abbiamo seguito tale linea di condotta, però abbiamo osservato che i disturbi persistevano ed abbiamo talora dovuto rioperare questi pazienti, quando il rene era ridotto ormai ad una sacca uronefrotica, che ci ha costretto a praticare la nefrectomia. Attualmente quindi associamo sempre alla nefropessi la sezione del vaso anomalo.

Ritornando alla nostra paziente, dobbiamo dire ora che i disturbi che questa ha presentato a sinistra non possono essere, nè di origine riflessa per la presenza del calcolo a destra, nè per ipertrofia vicaria; infatti 12 giorni dopo l'operazione la paziente ha avuto un nuovo attacco doloroso con gli stessi caratteri di prima. Il reperto operatorio a destra, inoltre, per la frequente bilateralità delle anomalie vascolari ci deve far pensare che, a sinistra esista una uronefrosi intermittente da vaso renale accessorio. Abbiamo perciò voluto rifare e completare lo studio clinico della paziente per avere la conferma positiva del nostro sospetto diagnostico. E questa ci è stato possibile ottenere, mediante l'indagine pielografica per via endovenosa con l'uroselectan B. Abbiamo qui una serie di 5 immagini urografiche, in cui è possibile seguire chiaramente il naturale e graduale riempimento dei calici, della pelvi, dell'uretere di sinistra e della vescica. Oltre una dilatazione ampollare della pelvi e dei calici del rene di sinistra, notiamo, fatto importantissimo, a livello dell'unione pelvi-ureterica un difetto di riempimento anulare, persistente nelle 5 pose radiografiche.

Possiamo dunque dire che, con l'aiuto di questo reperto radiografico, il sospetto, che avevamo avuto per la sintomatologia clinica e più ancora per il reperto operatorio, che cioè quelle coliche fossero dovute alla presenza di

una uronefrosi sinistra da vaso anomalo, ci viene confermato dalla presenza del difetto di riempimento dell'immagine urografica in corrispondenza dell'unione pelvi-ureterica.

Escludiamo che possa trattarsi di uno strozzamento intrinseco dell'uretere, dovuto per esempio ad una cicatrice, perchè la sintomatologia non è continua, ma ad accessi.

Si capisce subito l'importanza della diagnosi esatta in questa paziente, in cui ormai esiste un solo rene, non solo per la cessazione della sintomatologia dolorosa, ma principalmente, per impedire che questo unico rene vada incontro ad una progressiva distruzione con conseguente esito fatale per la piccola paziente. Riguardo alla cura ripetiamo che la sola nefropessi senza sezione del vaso anomalo non basta, infatti in due casi in cui precedentemente era stata praticata la sola fissazione del rene, fu necessario intervenire una seconda volta, con un atto demolitivo, quando ormai il rene era completamente distrutto.

Che qui si possa operare con sicurezza ce lo mostrano gli esami funzionali buoni, e l'urografia che ci mostra la presenza di una notevole quantità di sostanza renale ben funzionante.

Domani eseguiremo l'operazione che consisterà come già abbiamo detto nella sezione del vaso anomalo con nefropessi.

Appendice. — All'intervento operatorio praticato dal prof. Alessandri è stato infatti trovato una notevole pielectasia in un rene con sostanza renale ben conservata, determinata da un vaso anomalo che incrociava obliquamente la faccia anteriore dell'unione pelvi-ureterica. Sezionato il vaso fra due legature si è visto subito la pelvi vuotarsi energicamente. Il rene è stato fissato in posizione buona col processo di Guyon-Ceccherelli.

La sintomatologia clinica dopo questo intervento è completamente scomparsa ed una indagine urografica, praticata 20 giorni dopo l'intervento, ha mostrato già una diminuzione della pielectasia.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI MIRANO VENETO
DIVISIONE MEDICA - REPARTO TUBERCOLOSI.

Contributo allo studio del riflesso oculocardiaco nella tubercolosi polmonare.

Dott. GIUSEPPE TIZIANELLO, medico primario.

Dagnini nel 1908 osservò che comprimendo i bulbi oculari, oltre a mutamenti della attività cardiaca (forza di contrazione) si otteneva sopratutto un rallentamento del polso. Si interpretò il fenomeno come dovuto ad una eccitazione del vago per l'aumento della pressione del liquido cefalo-rachidiano.

Però Aschner, aprendo la scatola cranica di animali e tagliando tutti i nervi che vanno al bulbo oculare ad eccezione del trigemino, otteneva medesimamente il fenomeno: dedusse che la branca afferente era costituita dalla prima branca del trigemino. Lo stimolo arrivando al bulbo, per le connessioni tra i nuclei sensitivi del trigemino e quelli degli altri nuclei, specie del decimo, si produrrebbe il fenomeno.

Che poi questo non sia dovuto alla eccitazione dei centri bulbari provocata dall'aumento di pressione del liquido cefalo-rachidiano, sarebbe dimostrato dalle osservazioni che esso persiste anche dopo discrete sottrazioni di liquido (Morandini).

Il rallentamento del polso per la compressione dei bulbi oculari non è da tutti considerato un riflesso con una branca sensitiva afferente, ed una branca motrice efferente. Si obietta infatti che se fosse un riflesso esso si dovrebbe trovare in tutte le persone normali, come il patellare e pupillare; che il tempo di latenza (periodo che intercede fra la produzione dello stimolo e la risposta allo stimolo) è troppo lungo rispetto agli altri riflessi; e che inoltre in ogni caso di compressione endocranica si ha il rallentamento del polso.

Non sempre comprimendo i bulbi oculari si ottiene un rallentamento del polso; talvolta si ha un'accelerazione (fenomeno paradosso). Si ottiene cioè una eccitabilità del simpatico anzichè del vago. Tale fatto sarebbe dovuto alla diversa eccitabilità al momento della ricerca, dei due sistemi antagonistici: vago e simpatico.

Se si ha l'equilibrio delle due forze, non vi è nè rallentamento nè accelerazione: R O C assente.

Oltre al rallentamento o accelerazione del polso, si ottengono con la compressione dei

bulbi, modificazioni del ritmo e del tono miocardico (Minerbi), rallentamento del respiro, sensazione di spasmo della parte superiore dello stomaco, ipersecrezione gastrica (Largeau) e modificazioni elettrocardiografiche: Rossi riscontrò diminuzione o scomparsa dell'onda P che corrisponde alla contrazione atriale. Quando invece si ha il fenomeno paradosso vi è un innalzamento dell'onda stessa, espressione di aumentata contrattilità atriale dovuta alla stimolazione simpatica.

Lo studio del R O C trovò fin dall'inizio numerose applicazioni: esso servì e serve, insieme ad altri mezzi, a determinare il tipo vago o simpatico tonico: esso è presente negli individui giovani, pallidi, ipotesi (vagotonici) mentre manca negli anziani con midriasi, tachicardia e lievi segni di ipertensione arteriosa (simpatico-tonici) (Periti); sarebbe abolito in molti casi di sifilide nervosa (Fumarola), sarebbe ancora abolito quando i centri sono intossicati per malattie esaurienti: anemia, saturnismo, difterite. Chini nel reumatismo articolare acuto rilevò un riflesso invertito anzichè una ipertonia vagale.

Anche nella tubercolosi polmonare fu studiato il R O C. Secondo Samek sarebbe normale nel 37°,5, abolito nel 42 %, esagerato nel 12°,5, invertito nel 7,5 %. Risulterebbe quindi assai frequentemente alterato. Sarebbe abolito nei soggetti cachettici, nei quali l'intossicazione profonda ha guadagnato anche i centri e le vie dei riflessi. Se l'abolizione è permanente essa avrebbe un significato di prognostico infausto molto vicino: nelle forme acute di soggetti giovani il R O C sarebbe esagerato: anche in questo caso la prognosi è infausta. Besançon e Jacquelin concludono che il R O C è spesso abolito nelle forme gravi e normale in quelle benigne.

Le osservazioni non concordano: difatti Gantrelet lo avrebbe trovato esagerato, mentre per Loeper e Mongeot sarebbe invertito, ammettendosi nel primo caso uno stato di vagotonia, nel secondo uno stato di simpaticotonia. Altri osservatori avrebbero rilevato vagotonia nelle forme lievi, inversione o assenza in quelle gravi.

Zallocco esaminò il R O C in 50 bambini affetti da adenopatia tracheo-bronchiale ed ebbe per risultato: riflesso normale in 24 casi; abolito in 4, in 22 invertito.

Morabito dimostrò reazione agli stimoli simpatico-tonici nei bambini di 10-12 anni affetti da tubercolosi polmonare, mentre negli scrofolosi rilevò una maggiore reazione agli stimoli vagotonici.

Barbara nei figli di tubercolosi rilevò una prevalenza vagale; così pure De Candia.

Dell'Acqua non avrebbe rilevato una netta tendenza o vagotonica o simpaticotonica nei tubercolosi polmonari; però nella evoluzione della malattia avrebbe talvolta trovato manifestazioni simpatico-toniche.

Il riflesso oculo-cardiaco fu studiato anche nella cura del pneumotorace artificiale, nella pleurite e nell'eclampsia pleurica.

Nelle pleuriti Mongeot e Colombe rilevarono il fenomeno invertito (fenomeno paradosso): la pleurite si accompagnerebbe a simpaticotonia.

Dumarest poi sconsiglia di praticare il pneumotorace oltre che negli asmatici e nei soggetti troppo emottivi, anche nei vagotonici; anzi per questo propone di ricercare prima il R O C; facilmente in questi potrebbero avvenire fatti di eclampsia pleurica e di morte improvvisa per riflesso pleurale inibitore attraverso l'arco nervoso: rami sensitivi, midollo, bulbo, vago.

Aloigi però ricercando il R O C prima e dopo la collassoterapia non può concludere che esso possa dare un segno giusto della maggiore o minore tollerabilità del pneumotorace da parte dei soggetti esaminati e quindi dell'eventualità di prodursi di accidenti riflessi pleurocardiaci.

Gelera studiando il sistema nervoso vegetativo nella tubercolosi polmonare, nel trattamento pneumotoracico e nell'eclampsia pleurica conclude: per una prevalenza vagale nelle forme ad evoluzione benigna (fibrose) e per una prevalenza simpatica nelle maligne (distruttive); per una prevalenza vagale per squilibrio neuro-vegetativo negli accidenti nervosi per interventi sulla pleura, e per un eccitamento simpatico, più facile ad avverarsi nei soggetti già precedentemente simpatico-stenici, durante il trattamento pneumotoracico.

Non risultando concordi le conclusioni a cui pervengono i diversi osservatori nello studio del R O C nella tubercolosi polmonare in genere, abbiamo voluto nel presente lavoro riprendere lo studio di esso. Anzitutto si vollero controllare le percentuali ottenute, con quelle riportate dagli altri.

Studiando però il R O C si volle fare annotazione del numero delle pulsazioni ottenute durante le compressione dei bulbi oculari e del numero di esse ottenuto subito dopo tolta la compressione stessa. Lo scopo fu appunto quello di determinare se veramente si fosse ottenuta una eccitazione vagale o simpatica duratura (sia pur per breve tempo), tale cioè da

esprimere nettamente una prevalenza dell'una o dell'altra sezione del sistema nervoso vegetativo. Nello studio del R O C fu ancora osservato se esistesse corrispondenza fra esso e la pressione Mx arteriosa misurata all'omerale, e per ultimo quale rapporto esistesse fra il comportamento del R O C ed il « decorso attuale » dei singoli malati. Le osservazioni furono fatte su 35 casi. I malati erano tenuti a letto, in decubito orizzontale, in completo riposo, a digestione avvenuta.

Tecnica: Si contavano le pulsazioni. Di poi i bulbi oculari venivano gradualmente compressi bilateralmente; dopo un minuto di compressione si ricontava il polso. Tolta la compressione, le pulsazioni venivano numerate ancora una volta.

CONSIDERAZIONI.

Confrontando le percentuali ottenute dalle nostre osservazioni, nelle quali il R O C è normale, assente o invertito, con quelle date da altri osservatori, vediamo subito notevoli differenze.

Tenendo infatti per il momento conto solamente del numero delle pulsazioni ottenute durante la compressione dei bulbi oculari, abbiamo che esso è presente e normale nel 57,1 % dei casi, assente nel 22.8 %, invertito nel 20 per cento; rispettivamente quindi 20, 8, 7 volte su 35 casi. Non è dato rilevare se le cifre ottenute dagli altri siano dovute ad un diverso tipo dei malati, ad una diversa gravità delle lesioni. Si può però affermare che, nelle nostre osservazioni, accanto ad un certo numero di malati in discrete condizioni generali e locali (12 casi su 20 con R O C normale) ve ne era un discreto numero (8 casi) nei quali queste erano ad uno stadio notevolmente avanzato. E mentre si ritiene generalmente che la gravità del male si accompagni ad una prevalenza del tono simpatico, nelle nostre osservazioni il fatto non avviene costantemente. Questa prima risultanza apparirebbe dunque in contraddizione con l'opinione dei più.

Ma nello studiare il R O C nei tubercolosi polmonari, si è voluto, come già in antecedenza fu detto, fare una distinzione del suo comportamento sia durante la compressione come subito dopo. E lo scopo fu appunto quello di rilevare se effettivamente il R O C servisse a mettere in evidenza una netta e relativamente duratura prevalenza dell'una e dell'altra sezione del sistema nervoso vegetativo.

Studiando il R O C contando le pulsazioni durante e dopo la compressione, si rilevò un comportamento ben differente. Dicemmo che su 35 osservazioni il R O C è normale e presente in 20; in 8 è assente; in 7 è invertito. Continuando però a contare le pulsazioni subito dopo tolta la compressione, esso risulta presente e normale 13 volte (28,5 %). Quale interpretazione si deve dare al fatto? La più logica apparisce quella che lo stimolo del vago provocato dalla compressione dei bulbi oculari, non sempre è così accentuato da far sentire il suo influsso anche quando si tolga la causa che lo determina. In un solo caso (N. 26) succede il contrario. Il R O C apparisce normale finita la compressione. Trattasi però di un vecchio di 66 anni con notevoli segni di arteriosclerosi: non è del tutto improbabile che questo fatto abbia per sè stesso ritardato il comparire del riflesso aumentando quasi il periodo di latenza fra lo stimolo e la risposta allo stimolo stesso.

Sono inoltre da considerare i casi (n. 2, 18, 29, 31, 32, 34) nei quali il R O C è assente prima e dopo la compressione dei bulbi oculari. Tutti questi fatti denotano quindi che nella tubercolosi vi è una diminuita eccitabilità del vago.

La diminuzione del tono vagale spesso coincide con prevalenza del simpatico: (secondo Eppinger infatti, normalmente dovrebbe esistere un equilibrio fra le due sezioni del sistema nervoso vegetativo).

Il fatto nelle nostre osservazioni, è dimostrato non solo dai numerosi casi in cui esso è invertito durante la compressione dei bulbi oculari, ma ancor meglio delle frequenti inversioni del R O C avvenute subito che veniva tolta la compressione. Vi è inoltre un caso (n. 6) nel quale il R O C, assente prima, si dimostra addirittura invertito poi.

Il complesso di queste osservazioni dimostra quindi come in generale si osservi una prevalenza del simpatico desunta sia direttamente dalla frequenza delle inversioni del R O C, come indirettamente dalla ipotonia del vago, poco eccitabile e facilmente esauribile.

Vediamo ora quale rapporto esista fra R O C e pressione arteriosa. Considerando nei singoli casi, normale la pressione Mx che raggiunga o sorpassi i 120 mm. (misurata col Pachon) e come segno di ipotensione gli altri valori inferiori, risulta che il R O C normale e presente prima e dopo la compressione, si accompagna indifferentemente a pressioni normali o basse (6 casi con pressioni alte e 6 con pressioni basse).

Più frequentemente invece le pressioni superiori ai 120 mm. si riscontrano quando il R O C è assente od invertito che non quando i valori sono bassi. Per verità ci si aspetterebbe

Contributo originale - Casistica.

N.	Cognome Nome Età	Diagnosi	Condizioni generali	Sputo	Decorso attuale	Polso	Pressione omerale		R O C dei bulbi ocul.	
							Mx	Mn	durante la compressione	dopo la compressione
1	M. M., a. 26	Tbc. p. cronica bilat. ulcero-caseosa.	Deperimento, febbre elevata.	+++	grave	100	92	72	80	100
2	E. G., a. 22	Tbc. p. cronica ulcero-caseosa.	Deperimento, febbre non elevata.	+++	grave	100	118	78	100	100
3	F. C., a. 28	Scrofolosi addomin. bronco alveolite.	Scarso deperimento, febbre quot. 38, 39.	—	benigno	120	118	68	104	120
4	G. E., a. 16	Tbc. p. ulcero-caseosa lobo sup. destro	Pneumot. artif. destro, ottima nutriz. apiretica.	+	buono	100	138	70	80	92
5	B. O., a. 27	Broncoalveolite bilaterale.	Pneumot. success. bilaterale, apiretica.	—	buono	86	145	70	100	100
6	Z. A., a. 31	Tbc. p. ulcerativa dei lobi superiori.	Febbre quotidiana, nutriz. sufficiente.	+++	grave	96	110	60	96	100
7	M. C., a. 59	Broncoalveolite bilat. pleurite essud. sin.	Febbricitante quotidianam. nutriz. discreta.	—	benigno	100	165	70	92	100
8	D. L., a. 55	Broncoalveolite bilaterale.	Nutriz. e sanguificazione ottime, apiretica.	+	buono	72	128	65	80	72
9	M. M., a. 27	Tbc. p. ulcerativa dei lobi superiori.	Nutriz. e sanguific. discrete, febbricola	++	benigno	92	128	78	96	100
10	E. P., a. 16	Tbc. ulcerativa bilat. pneumot. spontaneo sin.	Deperimento notevole, febbre scarsa.	+++	grave	140	115	75	160	160
11	B. R., a. 14	Ebbe emoftoe.	Nutrizione ottima, apiretica.	—	buono	72	122	88	64	80
12	N. C., a. 29	Tbc. bilaterale a forma broncopneumonica.	Nutrizione scaduta.	+++	grave	140	110	85	120	135
13	Z. N., a. 16	Broncoalveolite sin.	Nutriz. e sanguific. ottime, apiretica.	—	buono	88	150	70	80	72
14	B. A., a. 26	Apicite bilaterale tbc. intestinale.	Denutrizione profonda, febbre quotid.	+	grave	100	108	70	90	90
15	C. P., a. 14	Broncoalveolite destra pneumot. terapeutico d.	Nutrizione discreta, febbricola quotid.	—	benigno	108	118	72	104	100
16	G. M., a. 47	Tbc. p. ulcerativa bilat., emoftoe.	Denutrizione. Febbre quot. non alta.	+++	grave	120	112	80	106	104
17	Z. C., a. 37	Broncoalveolite sin. pneumot. terapeutico sin.	Condizioni generali discrete, apiretica.	—	benigno	100	128	80	80	100
18	S. A., a. 46	Broncoalveolite bilaterale.	Nutrizione sufficiente, apiretica.	+	benigno	72	132	70	72	72
19	G. A., a. 44	Broncoalveolite sin.	Buone condizioni generali.	—	buono	96	200	120	108	112
20	P. S., a. 15	Tbc. p. ulcerativa	Nutrizione ottima, apiretico.	+++	buono	100	143	73	92	116
21	G. E., a. 24	Tbc. ulcerativa prevalente a destra.	Nutrizione scaduta. febbre quotid. elev.	+++	grave	140	102	64	110	120
22	B. G., a. 29	Broncoalveolite bilaterale.	Nutrizione buona, apiretico.	++	buono	72	158	70	60	68
23	B. C., a. 37	Broncoalveolite bilaterale.	Nutrizione ottima, apiretico.	—	buono	80	178	88	96	48
24	M. A., a. 18	Tbc. bilaterale cronica ulcerosa. Scrofolosi add.	Denutrizione accentuata, febbre quot.	+++	grave	128	105	68	104	132
25	L. P., a. 28	Tbc. ulcero-caseosa prevalent. destra.	Nutrizione buona, raramente febbre.	++	benigno	84	140	75	80	80
26	P. V., a. 66	Tbc. p. destra a tipo fibroso.	Nutrizione scaduta. arteriosclerosi, apiretico.	+++	grave	80	180	80	80	72

Segue: CONTRIBUTO ORIGINALE - CASISTICA.

N.	Cognome Nome Età	Diagnosi	Condizioni generali	Sputo	Decorso attuale	Polso	Pressione omerale		R O C dei bulbi ocul.	
							Mx	Mn	durante la compressione	dopo la compressione
27	F. P., a. 32	Tbc. p. cronica bilaterale.	Nutrizione discreta, febbre non quotid. non alta.	+++	benigno	88	102	62	76	80
28	P. G., a. 43	Broncoalveolite sin. lieve emoftoe.	Condizioni generali buone, apiretico.	—	buono	80	138	78	96	96
29	F. A., a. 31	Broncoalveolite sin.	Condizioni generali ottime, apiretico.	—	buono	72	152	85	72	72
30	S. A., a. 28	Tbc. p. ulcerativa bilaterale, emoftoe. vizio aortico.	Condizioni generali discrete, febbricola.	+++	benigno	96	110	60	72	96
31	C. A., a. 42	Tbc. p. cronica prevalente a sinistra.	Condizioni generali discrete, febbricola giornaliera.	++	benigno	80	138	75	80	80
32	Z. C., a. 24	Broncoalveolite bilaterale.	Denutrizione, febbre non elevata.	+++	grave	104	155	60	104	104
33	T. E., a. 37	Tbc. p. cronica ulcero-caseosa, nefrite cronica.	Nutrizione non molto scaduta.	+++	benigno	84	170	100	72	80
34	B. D., a. 22	Tbc. p. cronica prevalentemente sin. pneumot. terap. s.	Condizioni generali discrete, spesso apiretico.	++	benigno	84	150	65	84	84
35	P. A., a. 29	Tbc. ulcerativa prevalente a sinistra, pneumot. terap. s.	Nutrizione e sanguificazione buone.	++	buono	80	120	70	68	68

l'inverso; essendo cioè l'ipotensione indizio di gravità della malattia, maggior corrispondenza si dovrebbe trovare fra pressioni basse ed assenza od inversione del R O C.

Non risulta quindi alcun rapporto costante fra valori della pressione arteriosa e R O C potendo questo essere assente prima e dopo la compressione oculare con più frequenza quando le pressioni sono alte; ed esser normale prima e dopo quando i valori sono bassi, e così pure invertito più spesso con pressioni elevate.

Come ultime considerazioni osserviamo se esista rapporto fra R O C e decorso morboso.

Dall'analisi dei singoli casi risulta che la presenza del R O C durante la compressione come subito dopo, non è affatto segno di resistenza dell'organismo al male.

Infatti la pronta e duratura eccitabilità del vago non fu riscontrata solamente nei casi a decorso buono o almeno benigno (n. 4, 13, 15, 22, 25, 27, 35). Ve ne sono altri (casi n. 12, 14, 15, 21, 33) nei quali il R O C è del tutto normale, mentre il decorso ed il prognostico sono decisamente gravi, trattandosi di forme estese (ulcero-caseose).

Si dovrebbe allora ritenere che la abolizione del R O C subito che sia tolta la compressione dei bulbi, sia segno di decorso grave; viceversa vi sono casi (n. 3, 7, 17) nei quali il decorso è buono e la prognosi discretamente benigna. La medesima osservazione si può fare quando il R O C è assente durante e dopo la compressione.

La scarsa eccitabilità del vago non è segno di maggior gravità del male. Nè è evidente alcuna corrispondenza diretta fra inversione del R O C e decorso morboso. Se si eccettui il caso n. 10, in tutti gli altri (casi n. 5, 9, 19, 23, 28) in cui è invertito prima e dopo la compressione, il decorso è benigno o buono.

Riassumo le osservazioni di questo lavoro nelle seguenti conclusioni:

1) Le percentuali di casi in cui il R O C, nella tubercolosi polmonare, è normale, assente o invertito, risultando alquanto differenti da quelle date da altri autori.

2) Dal comportamento del R O C, distinguendone i risultati durante e dopo la compressione dei bulbi oculari, si mette in evidenza una prevalenza del simpatico, desunta sia direttamente, sia indirettamente dalla scarsa tonicità del vago poco eccitabile e facilmente esauribile.

3) Le pressioni arteriose sia normali che basse si accompagnano indifferentemente a R O C presente; più spesso anzi esso è assente o invertito con pressioni normali.

4) Manca un rapporto costante fra comportamento del R O C e gravità maggiore o minore del decorso morboso.

Può infatti esso riscontrarsi normale anche quando la forma e l'andamento sono gravi, assente o invertito anche nelle forme benigne.

RIASSUNTO.

L'A. studia, in 35 casi di tubercolosi polmonare, il R. O. C. tenendo calcolo delle variazioni di esso durante la compressione dei bulbi oculari e subito dopo. Dai risultati determina quale sezione del sistema nervoso vegetativo sia prevalente, quale rapporto esista fra R. O. C., pressione arteriosa e decorso morboso.

BIBLIOGRAFIA.

ALOIGI. *Riflesso oculo-cardiaco e pneumotorace artificiale.* Giornale di Clinica Medica, 30-9-1930.
ASCHNER. Wiener Klin. Woch., 1908, n. 44.
BARBARA. *La costituzione degli eredo-tubercolosi.* Cappelli, Bologna, 1929.
BESANÇON e JACQUELIN. Congresso di Med. di Nancy, 1923.
CHINI. Rivista di Clinica Medica, 15 aprile 1927.
DAGNINI G. Rivista Critica di Clinica Medica, 1909.
DE CANDIA. Rivista It. della tub. e della difesa sociale, n. 19, 1929.
DELL'ACQUA. Clinica Med. It., n. 25, 1926.
DUMAREST. *La pratique du pneumothorax artificial.* Masson, Paris, 1929.
FUMAROLA. Policlinico, Sez. Medica, ottobre 1917.
GANTRELET. Cit. da ZALLOCCO.
GELERA. La Riforma Medica, n. 6, febbraio 1931.
LARGEAU. Journal des Praticiens, 3 agosto 1929.
LOEPER & MONGEOT. Cit. da ZALLOCCO.
MINERBI. *Malattie del cuore,* 1919.
MONGEOT & COLOMBE. Archives des maladies du coeur, 11, 1927.
MORABITO. Cit. da GELERA.
MORANDINI. Rivista di Clinica Medica, luglio 1929.
PERITI. Rivista Critica di Clinica Medica, 25 luglio 1923.
PERRIN Y JONOVIC. Cit. da GELERA.
ROSSI. *Malattie del cuore,* 1923.
SAMEK. Pensiero Medico, 31 agosto 1930.
ZALLOCCO. Minerva Medica, vol. II, n. 43, 1929.

NOTE PREVENTIVE

Istituto di Medicina Operatoria della R. Università di Genova.
Direttore: Prof. A. CATTERINA.
Ospedale Civile "Carolina Pastorino,, di Genova-Bolzaneto.

Ricerche sperimentali, indicazioni, esiti operativi della esclusione totale dell'ulcera piloro-duodenale.

A. CATTERINA, chirurgo primario e docente di clinica chirurgica e medicina operatoria.

Durante la mia permanenza all'Ospedale Italiano di Buenos Aires dall'anno 1923 al 1925 potei osservare come in quella Clinica Chirurgica, diretta dal mio venerato Maestro il prof. Marotta, venisse costantemente eseguita nei casi di ulcera pilorica e piloro-duodenale la esclusione del piloro mediante un grosso laccio di seta che veniva poi affondato da una sutura siero-sierosa alla Lembert.

Con tale metodo che io applicai più volte sia nello stesso Ospedale Italiano che in seguito a Genova, e privatamente ed in Ospedale, si ottenne sempre una esclusione perfetta anche a distanza di molti mesi dall'intervento, e tale risultato fu controllato e confermato pure con l'esame radiografico.

Osservai però come qualche rara volta, malgrado l'esclusione, in alcuni ammalati portatori di ulcera a sede pilorica e della prima porzione del duodeno, (ulcera con spiccata tendenza all'emorragia), si riscontrasse ancora dopo l'operazione delle enterorragie di una certa entità.

Pensai allora se sarebbe stato possibile, in questi casi, escludere completamente l'ulcera, ponendo un altro laccio nella porzione a valle dell'ulcera stessa, ed in modo tale quindi da racchiudere la porzione ulcerata fra due lacci. Con tale sistema ritenevo che sarebbero state evitate nuove emorragie e che, se anche i due lacci coll'andar del tempo fossero caduti nel lume duodenale, l'ulcerazione avrebbe avuto il tempo di cicatrizzarsi completamente restringendo probabilmente il lume piloro-duodenale in modo quasi completo.

Con questo concetto iniziai prima delle esperienze sui cani incominciando ad escludere fra due lacci brevissimi tratti di piloro e duodeno e quindi aumentando la distanza fra i due lacci sino a portarla a tre, quattro centimetri, ed avendo cura in tale manovra di serrare accuratamente il laccio stesso.

In questi esperimenti osservai come la porzione esclusa, mentre in un primo tempo diventa edematosa con chiazze emorragiche sia della mucosa che della sierosa, in un secondo

tempo si avvizzisce alquanto mentre i lacci se dati in seta, in capo a qualche mese cadono nel lume intestinale, e se dati in catgut sono riassorbiti completamente in un periodo di tempo variabile fra quindici giorni ed un mese, permettendo poi il completo ripristino del lume intestinale.

Confortato da questi dati sperimentali attesi l'occasione propizia per poter applicare anche sull'uomo tale metodo in qualche caso di ulcera piloro-duodenale con tendenza alle emorragie, ed in cui le condizioni locali permettessero di usare questo mezzo di esclusione completa dell'ulcera.

Solamente in questi ultimi tempi ed in due casi mi fu data l'opportunità di applicare praticamente questa tecnica.

Nel 1° caso, operato nel marzo 1932, si trattava di un'ammalata di 53 anni affetta da ulcera piloro-duodenale e che entrò d'urgenza in Ospedale per una grave enterorragia ed ematemesi. Solamente dopo molti giorni dal suo ingresso, date le sue gravi condizioni generali e lo stato di profonda anemia, potè essere operata. Sulla sede piloro-duodenale osservai tutti i segni di una piccola ulcera con fatti di periduodenite. Eseguii una gastroenterostomia post. vert. e posi due lacci di catgut N. 3 escludendo completamente l'ulcera stessa. Tale esclusione occupava un tratto fra piloro e duodeno di circa 2 cm. L'ammalata ebbe un decorso regolare, e guarì perfettamente uscendo dall'Ospedale dopo circa un mese dall'intervento.

Nel 2° caso si trattava pure di un'altra inferma portatrice di un'ulcera a sede pilorica. Anche in questo caso vi erano state ematemesi ed enterorragie e fu usata la stessa tecnica operatoria. Malgrado che nei primi due giorni si fosse presentato un vomito piuttosto insistente, si ebbe in seguito un andamento regolarissimo. Il tratto escluso fu di circa 3 cm.

A questi due casi se ne debbono aggiungere altri due operati dal prof. Durante all'Ospedale San Martino in Genova, operati rispettivamente il 20 maggio '32 il primo, ed il 13 giugno '32 il secondo, e con la tecnica da me accennata precedentemente.

Dagli esperimenti eseguiti sull'animale e dai risultati operatori ottenuti nell'uomo è da ritenersi che l'esclusione completa di un'ulcera pilorica e piloro-duodenale sia attuabile quando l'ulcera stessa sia molto piccola e con scarsa infiltrazione e reazione flogistica delle pareti, e sia consigliabile come intervento complementare, rapido e di facile tecnica negli operati di gastroenterostomia per evitare la recidiva di ematemesi ed enterorragie.

***

Mi riservo di esporre in seguito il protocollo degli esperimenti, gli esami istologici delle porzioni escluse, le storie dettagliate degli ammalati e gli esami radiografici eseguiti.

Genova, 20 giugno 1932-X.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce in questa sua nota preventiva l'esito degli esperimenti eseguiti sui cani escludendo completamente fra due lacci un breve tratto di piloro e duodeno e gli esiti dell'applicazione pratica di tale sistema in alcuni casi di ulcera piloro-duodenale e consiglia questo metodo, rapido e di facile tecnica, in quei casi specialmente di ulcera con spiccata tendenza all'emorragia e dove vi sia una scarsa infiltrazione e reazione flogistica locale.

CHIARIMENTI E COMMENTI

A proposito di diastole uterina.

Prof. ERCOLE COVA,
Direttore della Clinica Ostetrico-ginecologica
della R. Università di Palermo.

Nella lezione che ho pubblicato di recente in questo giornale (*Il Policlinico*, Sez. pratica, anno XXXIX, n. 19, 9 maggio 1932-X, pag. 717-721) sulla febbre in travaglio di parto, io accenno alle alternative di contrazione e di pausa della muscolatura uterina nel parto, alternative che paragono in un certo modo ad una sistole e ad una diastole, per concludere che nel periodo di pausa, o diastole, si determina probabilmente una pressione negativa, con aspirazione di liquidi vaginali entro l'utero. Ed aggiungo:

« Questo concetto della diastole uterina, al quale io accennai fino dal 1905, è attualmente ripreso e largamente svolto da Sfameni e dalla sua Scuola ».

Ora il prof. Sfameni mi esprime il desiderio, al quale volentieri aderisco, che siano chiariti alcuni punti.

Il primo è questo: che il concetto, al quale io accenno, di diastole uterina non coincide affatto con la diastole uterina *attiva* secondo le vedute di Sfameni, anzi si tratta di due concezioni completamente distinte. Secondo il mio pensiero la diastole è limitata puramente al travaglio di parto, ed è l'esponente della pausa o rilasciamento della muscolatura uterina: può essere anche questa una dilatazione attiva, come ritiene Sfameni, ma potrebbe anche essere un fatto soltanto passivo, come da tutti si è ritenuto fi-

nora. in ogni modo è un fenomeno solo del parto. Il concetto di Sfameni, invece, è molto diverso e più vasto, in quanto la dilatazione *attiva*, o diastole *attiva* dell'utero per lui è un fenomeno di tutte le fasi della funzionalità utero-ovarica, sia in ciclo vuoto o mestruale, sia in ciclo pieno o gravidico: com'è fenomeno di tutte le fasi della funzionalità utero-ovarica la contrazione o sistole dell'utero: dilatazione attiva o diastole attiva dell'utero, che è legata, secondo Sfameni, ad un potere particolare fisiologico (decontrazione miofibrillare e idratazione protoplasmatica) delle fibre muscolari uterine, anzi di tutta la muscolatura liscia dell'organismo: dilatazione attiva o diastole attiva dell'utero, dalla quale, sempre secondo la Scuola di Bologna, derivano le molteplici e svariate conseguenze che tutti conoscono e molte altre, dice Sfameni, che ancora non sono state messe in vista.

È evidente che si tratta di due concetti diversi: però faccio notare che, nel caso speciale, e cioè per quanto avviene nel travaglio del parto, le nostre vedute in qualche parte coincidono, in quanto Sfameni ed io veniamo ad ammettere, durante la pausa, dentro la cavità uterina, non solo una pressione inferiore a quella che si ha durante la contrazione o sistole, ma una pressione che può essere anche negativa, donde la possibilità di aspirazione dei liquidi e dei germi vaginali.

Anche da un altro punto di vista la frase che ho sopra riportata merita delucidazione, perchè taluno leggendola potrebbe erroneamente pensare che la teoria di Sfameni, secondo il mio pensiero, sia stata inspirata da quel mio antico e fugace accenno, che precede di pochi mesi (febbraio 1905) la prima affermazione di Sfameni (maggio 1905). Ma tale interpretazione sarebbe semplicemente assurda, trattandosi di concezioni, come ho detto, completamente diverse: nè dove io parlo di ripresa attuale, intendo dire che la teoria di Sfameni sia sorta in questi giorni, ma solo alludere al maggiore incremento, che, in questi ultimi tempi, le vedute di Sfameni hanno avuto da parte di lui e della sua Scuola.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Complicanze nervose consecutive alla vaccinazione jenneriana.

(G. Tripi. *Rivista Sanit. Sicil.*, apr. 1932, n. 8).

L'A. riporta due casi di complicanze nervose consecutive alla vaccinazione jenneriana che egli considera degni di rilievo perchè rari in Italia specie in Sicilia.

La prima osservazione è caratterizzata dalla comparsa, quattro giorni dopo la vaccinazione, di grosse pustole sul luogo dell'inoculazione, da adenite ascellare, febbre alta, poi da convulsioni e conseguente emiparesi sinistra con paralisi del muscolo retto esterno dell'occhio sinistro. Questi sintomi rapidamente migliorati scomparvero dopo tre mesi.

La paralisi di un muscolo oculare va rilevata poichè diversi AA. sostengono che nell'encefalite post-vaccinale, a differenza di quella epidemica, mancano le paralisi dei nervi oculari.

Nella seconda osservazione, cinque giorni dopo la vaccinazione, la quale aveva dato luogo a una grossa pustola con alone fortemente arrossato e febbre elevata, comparve una paralisi periferica del nervo facciale destro, fatto raro, anche questo.

Comune alle due osservazioni è dunque la intensità della reazione infiammatoria locale. Ambedue le forme hanno avuto un decorso benigno.

L'A. passa poi in rivista le diverse teorie etiopatogenetiche negando un rapporto diretto fra encefalite vaccinica e encefalite letargica. Secondo l'A. si tratta di speciale sensibilità del sistema nervoso al vaccino, le cui conseguenze possono riuscire gravi allorquando l'organismo alberghi, allo stato saprofitico, altri microrganismi che in conseguenza della vaccinazione possono virulentarsi.

I disturbi nervosi insorgenti dopo la vaccinazione non sarebbero dunque da considerarsi come una successione morbosa, ma come una « complicanza » che si verifica quando intervengono speciali fattori organici.

Ne deriva la conseguenza pratica di non procedere a una vaccinazione prima di essersi accertati della resistenza immunitaria nei singoli bambini. R. Garbini.

Le localizzazioni nervose della melitense.

(H. Roger. *Presse Médicale*, 7 maggio 1932).

L'infezione melitense può colpire le varie porzioni centrali e periferiche del sistema nervoso (cervello, midollo, radici, nervi e meningi).

Durante il periodo acuto della malattia si possono avere disturbi psichici (torpore, indifferenza affettiva, amnesia, deliri, stati confusio-

nali) analoghi a quelli che si hanno nel tifo. Oltre a questi disturbi intellettivo-sentimentali si possono avere disordini motori e sensitivi: *a*) cefalea, algie, mioclonie, diplopie, dando il quadro dell'encefalite acuta; *b*) convulsioni ed emiplegia; *c*) spasmi vasali cerebrali che si traducono con emidisestesia, emiparesi, afasie, emicrania, scotomi transitorii; *d*) sindromi cerebello-piramidali; *e*) episodi encefalitici terminali.

Le localizzazioni midollari si estrinsecano con paraplegia flaccida a decorso rapidamente mortale, con paraplegia spastica persistente, o con reazioni midollari discrete accompagnate da altre localizzazioni nervose (esagerazione dei riflessi, accenno a Babinski, piccoli segni piramidali nel corso di meningo-radiculo-nevriti o di spondiliti melitococciche).

Le complicazioni nervose più caratteristiche della melitense sono le sindromi radiculo-neuritiche o meglio meningo-radiculo-nevritiche a causa della reazione meningea speciale con xantocromia e reazione albumino-citologica intensa del liquido cefalo-rachidiano.

Casi di radiculiti melitococciche pure sono stati descritti da Vera Johnson e da Morolillo.

La polineurite melitococcica può assumere il classico quadro sensitivo-motore con disturbi trofici, ma per lo più prevalgono i fatti motori specie a carico dello sciatico popliteo esterno o del crurale.

Tra le neuriti periferiche la più frequente è quella sciatica che compare in un periodo tardivo dell'infezione (quinto o sesto mese) e coincide con una recrudescenza dei fenomeni generali. Ha un decorso lungo e talvolta si associa a disturbi a carico del crurale.

Le neuriti croniche sono molto rare. Sono state segnalate paralisi transitorie del velopendolo, dell'oculomotore comune, di neurite ottica e di sordità unilaterale di origine neurolabirintica.

L'infezione melitense colpisce frequentemente le meningi.

Si possono avere reazioni meningee latenti, reazioni meningee nel corso di localizzazioni melitococciche di parti vicine nervose o ossee.

Le lesioni cerebrali, midollari o radicolari sono quasi sempre accompagnate da reazioni meningee, che nelle lesioni cerebrali si estrinsecano con lieve cefalea e spasmi vasali intermittenti, nelle regioni midollari e radicolari con reazioni più interne con netto reperto del liquor.

La spondilite melitococcica si estrinseca con rigidità e dolore lombare molto accentuati, senza che all'esame radioscopico si riscontrino lesioni ossee. Per lo più si tratta di un'irritazione dolorosa dei funicoli sacrali o lombari con algia sciatica o crurale.

Possono aversi vere e proprie meningiti, che possono estrinsecarsi con episodii discreti e transitori nel corso o al principio dell'infezione, o con sindromi cliniche e biologiche caratteristiche, che decorrono per parecchie settimane e simulano una meningite tubercolare.

La meningite per lo più sopravviene alla fine della malattia da due a sette mesi dall'inizio.

Sono stati descritti anche casi di meningite sierosa localizzata e di emorragie meningee.

DR.

Le paralisi oculari.

(G. HOLMES. *Brit. Medical Journal*, 26 dicembre 1931).

Le paralisi oculari possono distinguersi nei seguenti gruppi principali:

1. Paralisi dei muscoli oculari dovute a malattie dei loro nervi e rispettivi nuclei.

2. Paralisi coniugate, nelle quali mancano i movimenti di ambo gli occhi in una o più direzioni in risposta a tutti gli stimoli adeguati.

3. Paralisi sopranucleari, nelle quali i movimenti degli occhi possono essere provocati solo da alcuni stimoli, ma non da altri stimoli che pur li provocano in condizioni normali.

1. Le paralisi del primo gruppo meritano una speciale considerazione per la loro frequenza ed importanza sia in oculistica che in medicina generale.

In rapporto alla localizzazione della lesione che provoca la paralisi si distinguono: *a*) paralisi nucleari, nelle quali sono lesi i nuclei dei nervi oculomotori; *b*) paralisi dovute ad interruzioni delle fibre motrici nel loro tragitto nella sostanza encefalica; *c*) paralisi dovute ad interruzione delle fibre nel loro tragitto oltre l'origine apparente dei nervi.

a) Le paralisi nucleari sono dovute a lesioni infiammatorie, vasali, o neoplastiche di uno o più nuclei oculomotori. Le cause più frequenti sono i focolai emorragici o di rammollimento, nonchè lo sviluppo di tessuto neoplastico che comprime il tronco del cervello.

La diagnosi di natura della lesione si fa in base al modo d'inizio e di sviluppo della paralisi, e più particolarmente in base agli altri segni di lesione nervosa che quasi sempre coesistono.

Tuttavia vi sono paralisi oculari consecutive a traumi cefalici che possono essere isolate e scompagnate da altri sintomi. In molti di questi casi il nervo è lacerato o schiacciato in vicinanza di una fattura della base del cranio o compresso da una emorragia meningea, ma però non di rado si verificano anche piccole emorragie nella sostanza grigia del tronco cerebrale che ledono i nuclei degli oculomotori, specie quello del 3° paio.

Di più difficile diagnosi sono le lesioni infiammatorie. La paralisi di una o più muscoli oculari si può avere nella poliomielite anteriore acuta e nell'encefalite letargica. Talora

l'oftalmoplegia costituisce l'unica espressione della malattia ed allora la diagnosi si fa solo in base al criterio epidemiologico.

Nell'intossicazione da alcool, da piombo, da anidride solforosa, e particolarmente nel botulismo si può avere oftalmoplegia interna ed esterna da lesioni nucleari.

Oltre alle forme acute si possono avere oftalmoplegie da degenerazione cronica progressiva delle cellule nucleari. Tali casi non sono frequenti. Dapprima si ha paralisi degli elevatori delle palpebre e poi a poco a poco sono paralizzati tutti gli altri muscoli compresi gli iridei.

b) Le paralisi dovute a lesioni delle fibre dei nervi oculomotori nel loro decorso nel tronco del cervello possono essere riconosciute in base alla compartecipazione di altre strutture nervose lese dalla stessa causa. In questi casi si hanno spesso i varî tipi di paralisi incrociate descritte da Benedikt, Weber, Gubler, Millard ed altri. Lo stesso tipo di oftalmoplegia si ha nella sclerosi a placche, nella quale però le paralisi oculomotorie possono essere provocate anche da lesioni dei nuclei.

c) Le fibre esterne dei nervi oculomotori possono essere danneggiate nel loro decorso endocranico nelle meningiti acute e croniche, nelle emorragie superficiali o subaracnoidee, nelle fratture della base del cranio, nei tumori ed in conseguenza di neuriti tossiche ed infettive.

Le lesioni delle radici sono la causa più frequente delle paralisi oculari che s'incontrano nella sifilide cerebrale e nella tabe, quantunque in quest'ultima le paralisi siano talvolta di origine nucleare. È ben noto che le paralisi oculari tabetiche possono o non scomparire in seguito alla cura specifica: nel primo caso sono dovute ad infiltrazioni o compressioni gommose, nel secondo a degenerazione delle cellule nucleari.

Non di rado oftalmoplegie radicolari si hanno nelle polineuriti specie in quelle alcooliche e difteriche. È molto dubbio che vi siano oftalmoplegie di origine reumatica, quantunque ne siano stati descritti casi seguiti a raffreddamento.

È degna di nota la paralisi del muscolo retto esterno che talora segue all'uso della stovaina e di sostanze analoghe: sembra che le fibre del sesto nervo siano particolarmente vulnerabili da quantità anche minime di questi medicamenti diffuse nella cavità cranica.

La neurite infettiva o interstiziale degli oculomotori, a parte quelle da meningiti o da sifilide, è rara. È stata talvolta riscontrata associata ad affezioni suppurative dei seni. La più comune è quella che dà la paralisi dell'abducente nell'otite media, dovuta secondo Gradenigo ad infezione del nervo a livello della rocca petrosa. Nelle etmoiditi è più frequente la neurite infettiva dell'oculomotore comune. Le paralisi oculari che sono state riscontrate nell'*herpes zoster* del trigemino e delle radici cervicali superiori, sono probabilmente dovute ad infezione ed infiltrazione dei nervi.

Le oftalmoplegie che si hanno negli aneurismi e tumori endocranici possono essere dovuti o a compressione diretta o indirettamente per compressione o spostamento del cervello. La paralisi del retto esterno che è così frequente nei tumori cerebrali si deve allo spostamento indietro del tronco cerebrale ed il conseguente stiramento del nervo da parte dell'arteria cerebellare media.

Un'altra causa di oftalmoplegia abbastanza comune è costituita dalla compressione di un nervo da parte di un'arteria sclerosata. Tutti e tre i nervi oculomotori sono in contatto con grandi arterie della base del cervello: il sesto è circondato dalla cerebellare media ed è addossato all'arteria basilare, il quarto incrocia la cerebrale posteriore, il terzo passa nello spazio limitato dalla cerebellare superiore e la cerebrale posteriore ed è a contatto con la basilare; ed infine tutti e tre sono in relazione con la carotide interna nel seno cavernoso. Si spiega quindi come ogni qual volta dette arterie diventano grosse o tortuose possono comprimere il nervo ed impedire il passaggio degli impulsi. Ciò avviene sopra tutto negli individui anziani con segni di arteriosclerosi cerebrale ed ipertensione. La paralisi di solito si sviluppa rapidamente, di rado è completa e generalmente scompare dopo qualche settimana con il riposo, gli ioduri e medicamenti ipotensivi.

Le paralisi oculari associate a dolori e disturbi sensitivi nel campo della branca oftalmica del trigemino costituiscono il quadro clinico delle affezioni della regione dell'incisura sfenoidale. La sindrome di solito si inizia con diplopia o con dolori alla fronte e dietro l'occhio. Per lo più è dovuta a periostite sifilitica, a tumori o lesioni infiammatorie.

2. La paralisi oculare coniugata consiste nella perdita del movimento in una sola direzione, in modo eguale e simultaneo in ambo gli occhi. È caratteristico il fatto che tale perdita di movimento non implica la paralisi dei singoli muscoli, i quali conservano la proprietà di contrarsi isolatamente.

La forma più comune è la paralisi del movimento laterale degli occhi in un senso, che si ha nelle affezioni della parte inferiore e dorsale del ponte. Quando la lesione è unilaterale il paziente non può volgere lo sguardo dal lato della lesione. In tali casi si ha la paralisi del retto interno di un occhio e del retto esterno dell'altro, che sono innervati da due nuclei separati distanti circa 3 cm., e perciò è a presumere che essi ricevono fibre provenienti dalle stesse branche, sono sotto l'azione di fibre che ricevono impulsi dalle stesse

cellule, o che esistono fibre associative tra il terzo ed il sesto paio di nervi cranici.

Possono essere aboliti anche i movimenti verticali e quelli di convergenza. La paralisi dei movimenti coniugati verticali viene attribuita a lesione dei corpi quadrigemini anteriori o del tegumentum della parte anteriore del cervello medio. Poichè il potere di convergenza si perde quasi sempre insieme con la paralisi dei movimenti in alto, si può supporre che i due fatti siano determinati dalla stessa lesione.

3. Le paralisi oculari sopranucleari sono costituite dalla perdita del movimento degli occhi solo in risposta a determinati stimoli.

Si ammette generalmente che i movimenti oculari siano essenzialmente volontari e sotto il controllo della volontà, mentre in effetti gli impulsi che determinano la posizione e tutti i movimenti degli occhi provengono costantemente dai nuclei vestibolari, dai bassi centri visivi ed uditivi del cervello medio, della corteccia del lobo occipitale e da altre parti. Avviene non di rado che i movimenti sotto il controllo di uno di questi centri sono perduti mentre sono conservati gli altri. Nel caso più comune il paziente è incapace di deviare gli occhi in una o più direzioni quando gli si ordina di far ciò o lo si invita a prendere un oggetto in quella direzione mentre il movimento stesso può essere provocato con l'eccitazione labirintica o con altri mezzi.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Le forme gastro-intestinali della linfogranulomatosi maligna.

(CHÈNE e VANIER. *Gaz. d. Hôp.*, 2 aprile 1932).

Dopo che Schlagenhaufer nel 1913 richiamò l'attenzione sulla forma gastro-intestinale della L. m., altri autori confermarono successivamente l'esistenza di questa forma rara e molto difficile a diagnosticarsi clinicamente.

Gli AA. riportano un caso osservato nel 1929: nel 1925 iniziano i disturbi dispeptici, sensazione di peso e di gonfiore subito dopo i pasti, di tanto in tanto eruttazioni e vomiti. Nel 1926 i dolori si fanno violenti e si presentano due ore dopo i pasti, si manifestano bruciori vivi all'epigastrio con irradiazioni dolorose verso la colonna dorsale. L'anno dopo i disturbi si accentuano, l'a. perde 6 Kg. di peso. Si fa diagnosi di ulcera iuxtapilorica, si pratica gastro-enterostomia e il protocollo operatorio segnala una regione pilorica cicatriziale con aderenze, quindi miglioramento temporaneo. Dopo otto mesi circa i dolori riprendono e così anche l'anacloridria e si pratica una piloroectomia. Per un anno ancora il malato continua a soffrire di dolori ostinati, vomiti costanti ad orario variabile, spesso tardivi, alimentari e biliari, l'anoressia e il dimagramento si accentuano. Un esame praticato nel 1929 fa rilevare: punto doloroso mediano due dita al di sopra dell'ombelico, fegato, milza e sistema glandolare normali, R. W. negativa, anacloridria, assenza di sangue nelle feci. L'alterazione rapida e progressiva dello stato generale fa pensare ad una neoplasia gastrica; morte il 3-1-1930.

Alla necroscopia si constata l'esistenza di un'ulcera profonda a 3-4 cm. dall'amputazione del piloro. La mucosa vicina ispessita e infiammata. Attorno al piloro, lungo la piccola curvatura e nel mesentere si trovano dei gangli duri e bianchi, mobili, delle dimensioni di un uovo di piccione che si prolungano attraverso il diaframma con una catena analoga di adenopatia mediastinica. All'esame istologico soltanto fu riconosciuta la natura della lesione. Oltre ad una gastrite intensa attorno all'ulcerazione esisteva un'infiammazione interstiziale rappresentata da linfociti, plasmociti e rari polinucleati neutrofili. Una gran parte dei tubi glandolari era distrutta e quei tubi glandolari che non erano distrutti avevano le cellule modificate, assumevano carattere acidofilo e raggiungevano progressivamente la morfologia delle cellule di Sternberg.

Considerazioni. — Mentre il problema diagnostico è meno arduo a risolversi quando qualcuno dei sintomi più noti (sopratutto la adenopatia periferica) completa il quadro clinico, esso è invece insormontabile clinicamente quando siamo in presenza di sintomi digestivi puri e soltanto lo si può risolvere coll'aiuto dell'anatomia patologica.

Il sintoma *diarrea* è abbastanza frequente nel quadro clinico del L. m., ma esso non corrisponde a substrato anatomico verificato.

Dalle osservazioni finora note si possono schematizzare tre sindromi: *a*) una sindrome gastrica pura che corrisponde alla descrizione clinica surriferita (casi di Titu Vasiliu, Scott e Formann, Steindl, Hayden Apfelbach, ecc.); *b*) una sindrome intestinale pura (casi di Oglobbina, Titu Vasiliu); *c*) una sindrome gastro-intestinale, per lo più gastro-duodenale (casi di Titu Vasiliu, Grost, Schlagenhaufer). Nei casi di sindrome gastrica si pensò clinicamente a cancro, ulcera o ulcera-cancro e la natura linfogranulomatosa fu riconosciuta soltanto all'esame istologico. Nelle forme intestinali pure si pensò a tumori dell'intestino tenue o del pancreas.

L'esame ematologico con particolare riguardo all'eosinofilia, incostante anche nelle forme abituali della malattia di Hodgkin, non ci dà alcun reperto sicuramente utilizzabile ai fini della diagnosi. Solo la constatazione di ulcerazioni multiple può talvolta orientare il chirurgo (o l'anatomico) verso la possibilità di linfogranulomatosi gastrica, d'onde l'importanza dell'esame istologico.

Nei casi in cui le manifestazioni digestive sono accompagnate da altri sintomi più chiari (adenopatia, splenomegalia) il compito diagnostico è meno difficile (casi di Hayden-Apfelbach, di Drope). Anche in questi casi però è sempre l'esame istologico che conferma la diagnosi. D. LONGO.

Pletora addominale (dispepsia intestinale flatulenta).

(CRÄMER. *Münch. med. Woch.*, 12 febbr. 1932).

L'Autore descrive un quadro nosologico addominale nel quale i disturbi a carico dello stomaco e dell'intestino sono da ascriversi quali effetti secondari alla presenza di una stasi circolatoria nell'ambito del sistema portale.

Sintoma più caratteristico e saliente della « dispepsia intestinale flatulenta », come la chiamò Ortner, o « dispepsia nervosa » di Leube, è il meteorismo costituito da cospicua raccolta gassosa nel lume intestinale. La causa principale di questo disturbo non è costituita dall'esagerazione delle normali fermentazioni o putrefazioni intestinali, quanto dalla condizione di stasi nell'ambito della vena porta, onde diminuzione dei normali processi di assorbimento dei gas dall'intestino, processi che sono intimamente legati alla buona irrorazione sanguigna ed al tono delle pareti intestinali.

Altro sintoma è la diminuzione frequente della motilità dell'ipocondrio destro di fronte a quello sinistro, durante le escursioni respiratorie, cui si associa diminuita motilità diaframmatica destra ed aumento dei diametri del cuore con prevalenza del cuore destro.

Negli individui affetti da dispepsia intestinale flatulenta (si tratta per lo più di persone di seconda età che conducono vita sedentaria e passano la maggior parte della giornata seduti) è facile a rilevarsi un'inversione della normale predominanza della circonferenza toracica su quella addominale, mentre si può mettere in evidenza un'ipotonia ed una ipoeccitabilità faradica dei muscoli della parete dell'emiaddome destro.

Soggettivamente i malati accusano appetito variabile, bocca asciutta e lingua patinosa, eruttazioni gassose, spesso sete intensa, senso di peso e di pienezza all'epigastrio dopo i pasti. L'alvo è spesso irregolare con tendenza alla stipsi. Frequente la presenza di disturbi nervosi, quali cefalee, senso di pesantezza al capo, scotomi, stanchezza generale, sonni agitati ed incubi, malumore senza cause apprezzabili.

La diagnosi può essere convalidata da ricerche di laboratorio quali l'analisi della funzione chimica dello stomaco, che dà spesso i segni della concomitanza di una gastrite catarrale, e delle feci, da cui può esser confermata la supposizione della presenza di un leggero stato di colite a tipo catarrale e spastico.

Per la cura va tenuto conto della causa dei disturbi, cioè della diminuita circolazione portale originata anzitutto dalla diminuita funzionalità del diaframma destro: i movimenti del diaframma hanno infatti importanza nella regolazione della circolazione venosa addominale, agendo questo muscolo come una pompa aspirante e premente che facilita l'afflusso del sangue dal fegato alla vena cava inferiore, nonchè sul normale deflusso della bile dal fegato nell'intestino. Si consiglierà perciò al malato un tenore di vita meno sedentario, della ginnastica respiratoria, dei massaggi vibratorii della parete addominale; si regolarizzerà l'alvo più che con i purganti, i quali in genere son dannosi, con l'uso di clisteri di olio e con antispasmodici. Va assolutamente bandito l'uso del tabacco e verranno somministrati degli adsorbenti dei gas intestinali, specie il carbone, e, se coesiste gastrite ipochilica, opportune dosi di pepsina e di acido cloridrico.

Con una giusta impostazione della diagnosi e con una attiva terapia si possono raggiungere degli ottimi risultati e delle guarigioni complete. P. STEFFANUTTI.

Torsione parziale dello stomaco.

(C. BONORINO UDAONDO, A. FONTANA, P. MAISSA. *Arch. Arg. de enferm. del Ap. Digest. y Nutricion*, gennaio 1932).

La torsione dello stomaco è un fatto raro a verificarsi, anche ora che le esplorazioni radiologiche sistematiche hanno permesso di diagnosticare dei casi, che la sola clinica era incapace a riconoscere, data la assenza di sintomi orientatori. Gli AA. hanno già in un loro precedente lavoro, sulla base di due casi clinici, fatto lo studio di codesta curiosa anomalia, delle sue forme anatomiche e del suo meccanismo patogenetico.

Riportano ora un altro caso, capitato ultimamente sotto la loro osservazione. Si tratta di una paziente di 41 anni, con anamnesi familiare negativa, che da sei anni soffre di continui bruciori allo stomaco, eruttazioni acide, pirosi non in relazione con l'ingestione di cibo e intermittentemente di forti dolori nell'ipocondrio destro e all'epigastrio. I trattamenti fatti dettero risultato negativo. Tre anni fa cominciò ad accusare dolori alla regione precordiale, irradiati al braccio sinistro, palpitazioni, sensazione di fatica nei lievi sforzi e malessere generale. All'esame obbiettivo i vari sistemi si mostrano normali. L'addome è globuloso, doloroso alla palpazione profonda in tutta la sua estensione. Il bordo inferiore dello stomaco si trova all'altezza dell'ombelico: non si palpano nè resistenze nè tumori: la pressione sul plesso solare è dolorosa. Il colon non si palpa. L'esplorazione radiologica dimostra uno stomaco di grandezza normale: con la ingestione del pasto opaco, in posizione verticale si osserva che lo stoma-

co presenta una disposizione anormale, essendo la gran curvatura a contatto col fegato e tutto il viscere completamente spostato a destra. Il tonismo è conservato. La escursione estrinseca è piccola e manualmente non si riesce a separare dal fegato la grande curvatura: i contorni sono nitidi.

L'antro pilorico e il piloro sono situati a sinistra e la parte interna del corpo dello stomaco situati nella posizione inversa alla normale, mentre la piccola curvatura descrive arco a concavità supero-interna e sinistra.

Il bulbo duodenale, situato nella concavità dell'arco della piccola curvatura, appare deformato e allargato.

La evacuazione si compie bene e il rimanente delle porzioni duodenali occupa la sua situazione normale.

La mucosa gastrica presenta l'aspetto delle gastriti ipertrofiche: alla palpazione dolore nella regione vescicolare.

In decubito ventrale la rotazione gastrica si fa più evidente venendo il bordo supero-esterno dello stomaco a corrispondere alla gran curvatura e l'infero-interno alla piccola.

L'antro è inferiormente e all'esterno, e il bulbo duodenale all'interno. Alla 6ª ora non si aveva residuo nello stomaco. Il colon si presenta perfettamente libero.

Il caso suddescritto rientra nel quadro del volvulo parziale dello stomaco, varietà isoperistaltica, in quanto la torsione dell'organo si è verificata nel senso dei suoi movimenti fisiologici. La sintomatologia clinica in tali casi è povera o nulla ed il quadro morboso è dominato dai segni propri della lesione che vi è sovrapposta. Nella paziente di cui sopra questi corrispondevano ad un'ulcera della piccola curvatura.

Il meccanismo del volvulo parziale dello stomaco trova il suo principale fattore nelle perigastriti adesive, coadiuvate in ciò dalla dislocazione verticale dello stomaco e dell'allargamento o retrazione dell'epiploon gastroepatico. Tale meccanismo può essere invocato nel caso sopra descritto: una perigastrite intensa, con retrazione del piccolo epiploon, secondaria ad un'ulcera della piccola curvatura ha portato, con un largo ciclo evolutivo, alla rotazione del segmento pilorico.

G. LA CAVA.

La vaccinoterapia locale nelle enterocoliti.

(A. BESREDKA. *La Presse Méd.* 23 marzo 1932)

Per vaccinoterapia locale si intende il trattamento specifico di un solo organo o di un gruppo di cellule, effettuantesi senza il concorso di anticorpi noti e che finisce molto spesso per immunizzare l'organismo intero.

Se ad un animale da laboratorio si introducono, per una via qualunque, bacilli del tifo, paratifo, colera, dissenteria, si osserva che indistintamente essi si localizzano in un tratto del canale intestinale: qualunque sia stata la porta di entrata dell'infezione, è l'intestino solo che ne sopporta tutto il peso. Si tratta quindi di infezioni intestinali locali a cui, dobbiamo cercare di opporre una vaccinazione locale, intestinale. L'esperimento ha dimostrato che è possibile vaccinare un animale contro la dissenteria facendogli ingerire della cultura uccisa al calore, e contro il colera e il tifo facendo precedere all'ingestione della cultura uccisa corrispondente, l'ingestione di una certa quantità di bile di bue: la bile provocando piccole lesioni del rivestimento mucoso renderebbe più intimo il contatto tra vaccino e parete intestinale. Centinaia di migliaia di individui sono stati vaccinati con profitto seguendo questo procedimento.

Come per il tifo, la dissenteria e il colera, analoghi risultati si possono ottenere per le enteriti da b. coli, da b. piocianeo, nelle quali pure il trattamento vaccinico deve essere preceduto dall'ingestione di bile. Accanto alle enterocoliti monomicrobiche surriferite, esiste il polimorfo gruppo delle enterocoliti polimicrobiche in cui entrano in causa in misura più o meno prevalente, germi della suppurazione, colibacilli, paracolibacilli, bacilli pseudodissenterici, protei, piocianeo, germi anaerobi: il trattamento di queste forme è assai complesso e la vaccinoterapia locale si mostra meno efficace che quelle forme monomicrobiche, ma anche in esse sono stati ottenuti buoni risultati con vaccini polivalenti somministrati per os, meglio se preceduti dalla sensibilizzazione con bile. L'antivirus-terapia in questi casi può migliorare notevolmente i risultati specie se applicata localmente per complicazioni casistiche o pielitiche o direttamente sul retto o sul sigma anche forme gravi ulcerose ribelli a tutte le altre solite terapie.

E. ANTONIAZZI.

PROBLEMI DISCUSSI

Sull'enuresi notturna e i suoi rapporti con la eredo-sifilide.

È il tema sul quale si è svolta una brillante discussione alla Società Medica degli Ospedali di Parigi, discussione occasionata da una comunicazione di M. PINARD *sul valore diagnostico e prognostico dell'enuresi.* (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 aprile 1932 e 2 maggio 1932).

L'enuresi, minzione attiva e completa nello stesso tempo che involontaria, si osserva sopratutto nei giovani, ma può prolungarsi per tutta l'adolescenza e, in qualche raro caso, all'età adulta. Il suo carattere notturno non ha nulla di assoluto in quanto essa può coesistere con una enuresi diurna: essa può persino essere esclusivamente diurna. Può associarsi a incontinenza delle feci: evolve per *poussées* più o meno lunghe, è soggetta a ricadute e recidive, talvolta anche dopo parecchi anni di remissione. È importante stabilire a partire da quale età è esatto parlare di enuresi: la mag-

gior parte degli AA. è d'accordo nello stabilirla intorno ai tre anni, età nella quale il bambino ha già imparato ad essere pulito.

L'enuresi è stata considerata come dipendente dall'eredità alcoolica o neuro-artritica; ma l'A., colpito della frequenza di essa negli eredo-sifilitici, ha cercato sistematicamente questo sintoma nei bambini o negli adulti all'ambulatorio della clinica Baudelocque: ha così raccolto 180 osservazioni di enuresi, di cui 110 uomini, 70 donne; dei 180 casi, 134 erano inferiori ai 9 anni, 47 superiori ai 9 anni. Le ricerche sierologiche sono state fatte in 106 casi, di cui 36 hanno dato Wassermann positiva. Di questi 36, 10 erano adulti e 26 bambini.

Accoppiando i dati clinici, anamnestici e terapeutici il Pinard riassume così i risultati delle sue indagini sui 180 casi di enuresi notturna:

1) la prova assoluta dell'esistenza di una sifilide ereditaria si ebbe in 80 casi (44,4 %);

2) una grande probabilità di eredolues in 59 casi (32.7 %);

3) la eredolues potè essere sospettata in 29 casi (16 %);

4) la specificità non fu provata in 12 casi (6.6 %).

E per semplificare si può dire approssimativamente che l'eredità sifilitica si incontra nel 77.1 % cioè in $^3/_4$ dei casi. Questa frequenza elevata conduce l'A. a concludere che il terreno eredoluetico è uno dei fattori principali dell'enuresi, senza pregiudizio per quale meccanismo fisio- o anatomo-patologico la specificità agisca.

Ma altri punti meritano di essere messi in luce:

1) la predisposizione degli enuresici alle gravi tare nervose (ritardo di sviluppo mentale, meningiti, convulsioni ed epilessia, ecc.);

2) la frequenza delle malformazioni congenite negli enuresici;

3) il fatto che la discendenza degli enuresici è spesso seminata di aborti, parti prematuri, espulsione di feti morti e macerati: insomma, *une descendance maudite*.

L'enuresi non deve dunque più essere considerata come un piccolo inconveniente banale, che merita un sorriso ed una medicazione anodina: il suo pronostico è severo, in quanto essa è il segno premonitore di affezioni nervose ben più gravi, in particolar modo l'epilessia.

Non basta più dunque, seguendo la propria ispirazione o il grado del pH., dare a questi piccoli malati il bicarbonato di soda o l'acido fosforico ma considerare questo segno come rivelatore di una sifilide ancestrale, contro la quale solo il trattamento specifico, mercurio, arsenico, bismuto, darà i migliori risultati.

[Queste conclusioni dell'A. sono identiche a quelle a cui è giunto mediante sue ricerche Toporkoff di Leningrado, *Progrès Médical*, 16 giugno 1928].

Alla comunicazione del Pinard segue un'ampia discussione.

M. CATHALA crede che sia pericoloso lasciare accreditare l'idea che la constatazione dell'enuresi debba condurre ad un trattamento specifico: ciò porterebbe in alcuni casi a una cura specifica perfettamente ingiustificata.

È vecchia la convinzione che con una dieta acidificante ed escludendo da essa gli alimenti alcalinizzanti si abbia la guarigione dell'enuresi: certo l'A. l'ha così ottenuta almeno in 8 su 10 malati. Enuresi ed eredo-sifilide essendo molto comuni, nessun dubbio che le due malattie possano interferirsi, senza che vi sia fra di esse alcun rapporto.

LAIGNEL-LAVASTINE afferma di aver ricercato la eredolues in tutti gli enuresici e di averla riscontrata molto frequentemente. Descrive un caso familiare di 5 su 6 fratelli affetti da enuresi: applicando il trattamento dietetico classico, le piccole dosi di gardenal e la cura con sulfarsenol, vide l'enuresi attenuarsi e sparire.

JACQUES DECOURT riporta un caso molto interessante capitato sotto la sua osservazione: si trattava di un bambino di 12 anni, sofferente di enuresi notturna; trattato con iniezioni di sulfarsenol, l'enuresi sparisce completamente ma interviene un fatto nuovo cioè un ittero a tipo catarrale.

Sospeso il trattamento solfo-arsenicale, l'ittero lentamente sparisce, ma ritorna l'incontinenza di urine. Bisognava continuare il trattamento specifico? L'O. pensò di sì; e ciò perchè:

1) l'azione del sulfarsenol sull'enuresi appariva decisiva;

2) perchè l'ittero spleno-megalico poteva essere considerato come una riattivazione dell'infezione sifilitica latente sotto l'influenza del trattamento arsenicale;

3) perchè gli antecedenti del bambino e dei genitori erano sospetti.

I fatti diedero ragione all'autore. Il bambino, in seguito a cura intensiva specifica guarì completamente della sua enuresi, non ebbe più ittero, migliorò nello stato generale.

***

La discussione sull'interessante argomento ha un seguito nella seduta successiva per merito di J. COMBY, il quale, nel muovere critiche alla comunicazione del Pinard, pone la questione da un punto di vista completamente differente. Comincia col meravigliarsi come una affezione così banale, come l'enuresi notturna, abbia potuto far sorgere, per la sua patogenesi, tali divergenze fra sifilografi e pediatri. Ma ciò è facile a spiegarsi pensando all'ambiente donde provengono le osservazioni: è logico che il sifilografo attiri tutti coloro che sono sifilitici o che si credono tali e forzatamente le percentuali di sifilitici fra i suoi malati, qualunque malattia essi abbiano, devono essere alte.

La vecchia esperienza di pediatra dell'O.

gli permette di dire che l'*enuresis nocturna* è soltanto una nevrosi urinaria, senza legame di parentela nè con la sifilide, nè con la tubercolosi, nè con altre malattie, ereditarie o acquisite.

Può darsi che la sifilide abbia un ruolo predisponente o aggravante, ma il suo ruolo etiologico diretto ed efficiente non può essere affermato. In generale l'enuresi è capricciosa e ribelle alla terapia: in essa tutto riesce (dall'azione diretta elettrica sul collo vescicale fino all'opoterapia, dalla psicoterapia all'omeopatia e alla chemioterapia) ma tutto fallisce, perchè i successi ottenuti sono incostanti e temporanei.

Niente di costante nell'enuresi infantile: solo l'eredità del terreno domina questa nevrosi che non si osserva che nei bambini nervosi e con diatesi neuro-artritica. Essa è una nevrosi d'evoluzione e le sue relazioni con le neuropatie sono già da lungo tempo stabilite. Si può considerare come una reale stigmata nervosa, benigna e passeggiera, ma rientrante nel gruppo delle stigmate di degenerazione. Trousseau ammetteva che fosse una forma larvata di epilessia. Un pediatra tedesco Thiemich parla d'isteria viscerale, mono-sintomatica e consiglia l'isolamento, la suggestione, ecc.

Alla lunga i bambini guariscono ma restano sempre dei candidati ad altre neuropatie (corea, istero-neurastenia, onanismo, epilessia). La cura è polimorfa: sono indicati gli alimenti acidificanti o alcalinizzanti a seconda della reazione delle urine. La cura specifica può essere provata in via eccezionale. Il vero trattamento consiste in:

1) astenersi dal vino, alcool, caffè ed altre sostanze che sono escluse anche dalla dieta dei neuro-artritici;

2) idroterapia calda e fredda (docce, spugnature, lenzuolo bagnato);

3) frizioni secche mattina e sera con guanto di crine;

4) cura fosforata con soluzione di Joulie

ac. fosf. medic.	17 gr.
fosfato di soda	34 »
acqua	250 »

a cucchiaini, tre volte al giorno.

A questo medicamente si possono aggiungere l'antipirina, la stricnina ed altri tonici nervosi.

Ma le discussioni provocate dalla comunicazione del Pinard non si sono esaurite fra le mura della Società degli Ospedali, ma hanno risvegliato l'interesse del mondo medico francese, facendo versare molto inchiostro agli studiosi di Parigi, che si sono schierati chi *pro*, chi contro l'origine eredo-luetica dell'enuresi.

***

A tutti cerca di rispondere il Pinard (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 6 giugno 1932) il quale fa notare come, mentre alcuni AA., come Thomas e Long-Laudry, i quali hanno trovato 7 R. W. positive su 9 pazienti affetti da enuresi, e Hissard appoggiano senza restrizioni la sua tesi, altri quali M. Comby e Paraf negano assolutamente l'origine luetica dell'enuresi. A dire il vero Comby ammette che la sifilide ereditaria possa rappresentare una condizione predisponente ed aggravante, ma non le riconosce una importanza etiologica diretta. Più esplicita è l'opinione di Paraf il quale, su 50 bambini affetti da incontinenza non ha potuto svelare in nessuno di essi i segni diretti o indiretti dell'eredolues: e ciò attraverso lo studio accurato degli antecedenti personali, collaterali o ereditari, l'esame prolungato dei malati, la ricerca sierologica applicata ai loro genitori, fratelli e sorelle. E qui il Pinard, da buon francese, non può fare a meno di meravigliarsi: ma come! 50 bambini più i genitori e i fratelli, ciò significa almeno 200 persone esaminate dal punto di vista sifilide e nessuno affetto da *mal francese!* Sembra un'utopia ed effettivamente è poco verosimile.

Conclude il Pinard riaffermando la sua salda convinzione che la barriera che separa per ora i pediatri dai sifilografi per quanto riguarda l'origine dell'enuresi sarà presto abbattuta così come è stata abbattuta quella che separava sifilografi e neurologi riguardo alla tabe e alla paralisi progressiva. L'impressione che si provocherà in una famiglia con l'adozione di una terapia razionale sarà sempre minore di quella che provocherebbero le complicazioni ulteriori e le figliolanze infelici che sarebbero il risultato dell'astensione.

Fra tante teorie ed opinioni divergenti, scegliere quale sia la giusta e vera strada da seguire, può riuscire, più che difficile, superiore alle nostre forze. Anche qui il pratico si ricorderà del detto: *in medio virtus* e, dando ragione a tuti, applicherà quella che, nel caso specifico, gli sembrerà la terapia più opportuna.

G. LA CAVA.

L'ATTUALITÀ SEROLOGICA

Reazione serologica che può servire alla diagnosi della poliomielite.

(R. FISCHER. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 10 marzo 1932).

Secondo l'A. le differenti reazioni sierologiche proposte per la diagnosi della poliomielite si sono dimostrate infedeli. Le ultime sono basate sul dosaggio del potere antitossico del siero di un malato che ha già avuto la poliomielite. Queste reazioni però non hanno risposta prima che il malato affetto da poliomielite sia in piena evoluzione o sia guarito dalla malattia. Noi, in conclusione, non conosciamo reazioni che permettano una diagnosi precoce, prima della comparsa della paralisi.

La reazione sierologica proposta dall'A. è basata su di un principio generale e può essere realizzata anche per altre malattie. L'A. ha studiato la possibilità di una reazione fra il

siero di un malato guarito e quello di un malato allo stadio iniziale della stessa malattia.

Allo stadio iniziale di una malattia ad inizio setticemico l'agente causale, l'antigene, esisterebbe da solo, mentre gli anticorpi compaiono più tardi. L'A. fa reagire il siero del malato sul siero di un malato guarito dalla malattia che si crede sia in causa: il siero del malato fornisce l'antigene e il siero del malato guarito l'anticorpo. In queste condizioni, la reazione anticorpo-antigene si verifica quando la malattia del malato attuale e quella del malato guarito è la stessa; essa può essere messa in evidenza, come nella Wassermann, con l'emolisi del complesso antimontone.

La reazione è stata positiva in casi di scarlattina, di zona, di poliomielite anteriore acuta che l'A. ha avuto occasione di esaminare.

C. TOSCANO.

Ricerche sulla reazione di Henry nella malaria.

(C. NANNI. *Giorn. Med. Milit.*, maggio 1932).

L'A., fatta una rapida rassegna dei metodi diagnostici della malaria, pone in rilievo l'importanza pratica dello studio della malario-flocculazione di Henry quale metodo di accertamento diagnostico nelle varie forme di malaria con latenza parassitaria. Le ricerche praticate dall'A. su 138 sieri lo hanno condotto alle seguenti conclusioni:

1) che è necessario si siano verificati un certo numero di accessi febbrili malarici, prima che la reazione di Henry risulti positiva;

2) che la reazione è costantemente positiva nei malarici primitivi e recidivi, microscopicamente accertati, sia durante il periodo febbrile come durante la cura chininica, entro i 30-35 giorni dall'inizio di questa.

3) che la reazione è risultata positiva nel 84,6 % dei soggetti con malaria anamnestica, in periodo di latenza parassitaria, in molti dei quali non esisteva splenomegalia dimostrabile;

4) che la specificità della reazione può considerarsi praticamente assoluta avendosi avuti due soli sieri di individui non malarici che hanno reagito positivamente alla ferro-flocculazione, per uno dei quali (polmonite) si è fatta qualche riserva.

Si può dunque affermare, conclude l'A., che la reazione di Henry per questi ed altri risultati ottenuti da vari ricercatori, si è dimostrata un prezioso mezzo diagnostico per l'accertamento della malaria quando l'esame microscopico non è direttamente probativo. Perciò potrà essere utilmente applicata anche nell'esercito come mezzo sussidiario di laboratorio, come controllo terapeutico ed anche a scopo medico-legale per definire una pregressa infezione malarica, determinazione questa che molte volte lascia assai perplessi, quando mancano il reperto parassitario ed il tumore di milza.

G. LA CAVA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

DOS SANTOS LAMAS e CALDAS. *Artériographie des membres et de l'aorte abdominale.* Vol. in-8° di pagg. 190. Ed. Masson, Parigi, 1931. Prezzo Fr. 45.

L'arteriografia nell'uomo, tentata con scarso successo e per indagini limitate e ristrette da Sicard, Bonney, Brooks, Hirsch, Brilliat e Mérial, Harvier e Lamoire, Charbonnel, Duval, Meleney, e Miller, La Perla e qualche altro (i quali si proponevano d'ottenere la visualizzazione di qualche distretto circolatorio d'un arto) ha esteso in questi ultimi tempi notevolmente il suo campo d'azione, e ha potuto dare risultati molto più interessanti, per opera di Egas Moniz (iniziatore dell'encefalografia arteriosa) e di Dos Santos che — seguito a breve distanza da Necker e da Holfelder — ha introdotto l'arteriografia addominale mediante puntura dell'aorta. Nel libro che noi presentiamo, corredato da 54 tavole originali e molto dimostrative, l'A. riassume la sua esperienza di più di 300 arteriografie delle quali circa un centinaio con puntura dell'aorta addominale e ne dimostra l'innocuità, l'importanza e i risultati. L'A. insiste molto su una, se non assoluta, almeno relativa, innocuità della puntura dei grossi vasi arteriosi e dell'introduzione di sostanze opache, — quali l'abrodil e l'uroselectan B. — e preconizza l'adozione del Thorotrast, che da poco è stato proposto per l'epato- e splenografia. Però se la prima affermazione dell'A. per quanto molto ardita si può accettare, perchè concorda con altre esperienze, non si può consentire coll'entusiasmo per il Thorotrast, il cui uso non è stato ancora dimostrato privo di inconvenienti.

Ad ogni modo però è bene avvertire che l'iniezione di preparati iodici nell'aorta è dolorosa e richiede l'anestesia generale o splancnica.

Non si può negare d'altro canto l'importanza dell'arteriografia addominale — che permette la visualizzazione in vivo della circolazione di quasi tutti gli organi splancnici — come mezzo di ricerca scientifica, quantunque fin d'ora non possano prevedersi gli sviluppi ai quali potrà portare il raffinamento della tecnica di questo nuovo mezzo d'indagine.

Esistono infatti in medicina problemi di grande interesse per i quali verosimilmente la conoscenza delle modificazioni circolatorie dei singoli organi dei vari tessuti — studiate direttamente nell'uomo, in vivo — potrebbero rappresentare elementi di valore non trascurabili.

Si comprende facilmente ad esempio come possano esser studiati il meccanismo, le modalità, l'intensità di alcuni fatti di compressione sulle vie circolatorie, dovuti a flogosi o a tumefazioni p. es. addominali.

Ma questo, forse, non rappresenterà la parte

più interessante del contributo di conoscenze che possiamo aspettarci da questo metodo.

La circolazione è a base della vita dei tessuti, nel loro sviluppo normale e patologico. Una modificazione funzionale di questi deve aver una correlazione strettissima con adeguate modificazioni regionali di quella; di più con l'accrescersi e col diminuire dell'intensità di irrorazione sanguigna si può favorire od ostacolare l'impianto, lo sviluppo, l'evoluzione di questo o quello stato patologico.

La diagnostica delle lesioni arteriose può esser con questo metodo perfezionata fino a stabilire esattamente la sede e l'estensione d'una obliterazione, la forma d'un aneurisma, i risultati d'una legatura ecc.; la struttura vascolare d'un tumore, d'un'osteoartrite tubercolare, sifilitica ecc.; e infine, con l'arteriografia addominale, dall'aspetto della circolazione viscerale, la forma, la grandezza, gli spostamenti dei singoli organi e degli eventuali tumori addominali. Non solo, ma si incominciano a poter valutare le modificazioni circolatorie apportate su questi stessi organi dalle diverse affezioni.

Il libro di Dos Santos e col vasto materiale del quale è corredato riesce appieno nel proprio intento di persuadere che il metodo dell'arteriografia è destinato ad un avvenire. Per cui crediamo che questa tecnica d'indagine debba venir per lo meno sperimentata con fede da numerosi ricercatori.

GAST. MELDOLESI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. BARGAGLI PETRUCCI. *L'Italia e la scienza.* Editore Le Monnier, Firenze. Prezzo L. 20.

È una raccolta di conferenze dette da insigni oratori a Firenze nel 1929 in occasione della Prima Esposizione Nazionale di Storia della Scienza, intese a mettere in evidenza il potente concorso dell'Italia nello sviluppo delle scienze.

Per quel che riguarda le scienze biologiche e mediche interessano le dotte conferenze di Silvestro Baglioni sullo « Sviluppo storico della biologia medica in Italia », di Davide Giordano sulla « Chirurgia italiana della Roma dei Littori e quella del Littorio », di Oreste Mattirolo sulla « Storia della Botanica in Italia ».

G. D.

R. ALCALÀ SANTAELLA. *Metodos de ensenanza y fuentes de conocimiento de la anatomia.* Un vol. in-16° di 79 pag. J. Morata, Madrid.

Memoria di indole pedagogica, in cui l'A. studia il più conveniente metodo di insegnamento per questa materia fondamentale della medicina, esaminando anche i mezzi ausiliari (schemi, proiezioni, pezzi di museo, ecc.); nonchè gli elementi storici fondamentali. Tratta poi il piano di studio (in due anni) dando grande importanza alla tecnica.

fil.

Methods and problems of medical education. XX Serie. Un vol. in-8°, di 250 pag. con molte figure. Rockefeller Foundation, New York, 1932.

Continua, col presente volume, questa pubblicazione della Fondazione Rockefeller, che dà notizia sui diversi istituti di scienze mediche del mondo. Troviamo qui largamente descritti quelli della Scuola medica universitaria di Yale, dove fra l'altro si è ora nuovamente organizzato il *curriculum,* per cui sono ammessi circa 50 studenti per ogni corso, dei 500 circa che si presentano al concorso; la scelta è fatta non soltanto in base ai dati scolastici, ma soprattutto in base alla maturità di giudizio, alla stabilità del carattere, allo spirito di iniziativa.

Vengono poi descritti l'Istituto di fisiologia di Amsterdam, l'Istituto di Igiene di Stato dell'Ungheria, le Scuole di medicina di Beirut ed altre molte.

fil.

L'enseignement médical en France. Un vol. in-8° di 172 pag. Edito a cura della « Presse médicale ». Paris, 1932.

Buona guida per chiunque voglia conoscere l'organizzazione degli studii medici in Francia ed i diversi istituti, musei, biblioteche, laboratori addetti alle scuole mediche, con la indicazione degli insegnamenti che vi si danno, del personale addetto, delle tasse che vi si pagano, ecc. e ciò non soltanto per Parigi, ma per le provincie e per le diverse colonie (Siria, Pondhichery, Dakar, Shanghai, ecc.). Vi si tratta anche delle diverse organizzazioni per l'assistenza agli studenti (Città universitaria ed altre) e sono indicate le numerose società di studenti delle varie nazioni (tedeschi, americani, greci, russi, scandinavi, ecc.).

fil.

Le onoranze a G. B. Morgagni (Forlì, 24 maggio, 1931). Un vol. in-8° di 150 pag. con molte tav. e fig. Stab. tip. S. Bernardino, Siena.

In una bella edizione, in carta patinata e con molte e nitide riproduzioni fotografiche, è qui ricordata la solenne giornata morgagnana, svoltasi a Forlì lo scorso anno, in occasione della translazione del Monumento dalla Corte del Palazzo degli studi nella Piazza Morgagni.

Il volume contiene anche le comunicazioni scientifiche fatte in quel giorno su Morgagni ed il catalogo della bella Mostra Morgagnana e costituisce un degno omaggio reso dalla città di Forlì al suo grande Figlio.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 28 maggio 1932.

Presidente: Prof. GIOVANNI BOERI.

Operazioni chirurgiche in due tempi. Ampia resezione ileocolica per cancro ed ileo-colostomia.

G. PASCALE. — L'O., dopo aver parlato dei più comuni processi morbosi che colpiscono il segmento ileocolico dell'intestino, insistendo sopra tutto sul processo tubercolare, che non di rado accompagna l'appendicite e che poi diventa tubercoloma del cieco, e sui blastomi del cieco, espone il pericolo cui si va incontro con l'operazione in un sol tempo, se si consideri lo stato di intossicazione generale, la lunghissima durata della narcosi, l'impossibilità di una asepsi scrupolosa, il gran numero di suture che l'operazione richiede. Se, invece, si esclule tutta la parte ammalata dopo innesto al colon trasverso dell'ileo, cioè se si pratica la ileocolostomia e poi si distacca l'ansa ileocolica, l'infermo tra il primo ed il secondo tempo dell'operazione ha il modo e la possibilità di riprendere le forze, e l'asportazione dell'ansa ileocolica colpita dal processo morboso o sede di tumore avviene senza difficoltà ed in perfetta asepsi.

L'O. continua descrivendo la tecnica: il primo tempo si esegue per incisione mediana, il secondo per taglio lateralizzato. Talvolta dopo il primo l'inferma guarisce e non ha bisogno di altro, e ciò quando si tratta di processi infiammatori comuni; tal'altra l'operazione ha soltanto importanza palliativa, come nel caso di tumore. Tale è il metodo in uso da oltre un ventennio nella Clinica Chirurgica di Napoli, metodo la cui bontà è provata dai dati statistici favorevoli e tutti concordi.

Interventi operativi per tumori congeniti dello spazio retto-sacro-coccigeo.

L. DE GAETANO. — Riferisce su due interventi per tumori congeniti dello spazio retto-sacro-coccigeo, che, aggiunti ad altri due già pubblicati, formano un totale di quattro di tali operazioni per siffatte malformazioni congenite.

Il primo intervento fu praticato su una giovane di 24 anni, la quale, bambina, era stata già operata per una protuberanza caudale, ma il tumore si riprodusse sino a raggiungere il volume di una testa di feto a termine. L'esame istologico dimostrò che a costituire il tumore concorrevano tutti e tre i foglietti blastodermici: cisti dermoidi, cisti mucose (tipo intestinale), diverse formazioni glandolari, tessuto connettivo di tutte le gradazioni, tessuto cartilagineo ecc. Era perciò un tridermoma.

Il secondo intervento è stato recentemente eseguito su di una bambina di 47 giorni, che presentava nella regione coccigea un tumore della grandezza di una mezza banana, dotato di movimenti spontanei erettili.

All'esame istologico si sono riscontrate le seguenti formazioni:

a) poche cisti dermoidi, con elementi epiteliali di rivestimento, a tipo embrionale ed adulto, con annessi cutanei più o meno sviluppati (peli, glandole sebacee, glandole sudoripare);

b) molte cavità cistiche ed invaginazioni ricoperte da epitelio cilindrico di tipo intestinale;

c) formazioni glandolari che possono interpretarsi, per la loro costituzione, come pancreas; e sezioni di tubi, che devono ritenersi sezioni di canalicoli biliari;

d) abbondante tessuto fibroso ed adiposo, fasci di fibre muscolari striate e liscie, molteplici sezioni di nervi.

Per tale costituzione istologica, anche in questa seconda malformazione congenita, trattasi di un tridermoma.

Mette in rilievo, per evitare riproduzioni, la necessità che l'estirpazione sia fatta completa radicale, risalendo molto in alto, previa resezione del coccige. Così operando, nei suoi casi, ha potuto ottenere guarigioni definitive.

Infine discute la patogenesi di siffatte malformazioni congenite e, sulla base dei risultati istologici dei suoi casi, si ritiene autorizzato ad appoggiare la teoria della infestazione e quella blastometrica di Marchand-Bonnet; pur non negando che, in qualche caso, possa entrare in gioco una causa locale e possano provenire dalle vestigia coccigee di Turneux ed Hermann.

Presenta i pezzi anatomici asportati, i preparati microscopici e la bambina ultimamente operata. Dell'altra presenta le fotografie prima e dopo l'operazione.

Su un caso di piede di Madura (micetoma pedis).

R. DE NUNNO. — L'O., dopo aver parlato in generale di questa infermità per fortuna molto rara in Italia (11 casi soltanto), espone una osservazione personale, in persona di un contadino del Molise, che quattordici anni prima era stato in America: egli tutto ad un tratto fu colpito da una infiltrazione della grandezza di un uovo di colombo, che finì in suppurazione; più tardi ebbe piccoli noduletti ai malleoli e al dorso, il volume dei quali andò aumentando. Insorse poi suppurazione e dai noduli uscì una materia brunastra, purisimile, residuandone dei tragitti fistolosi. Alla radioscopia le ossa del piede apparivano opache ed alquanto ingrandite. L'esame del secreto rivelò la presenza di un micelio saprofitico. L'esame istologico di pezzetti di tessuti prelevati mediante biopsia dimostra la presenza di cellule eosinofile e plasmacellule, di vasi neoformati, di scarse cellule giganti. Caratteristico è lo stato di emosiderosi, con punti emorragici ed alterazioni vasali della tunica media tanto delle vene quanto delle arterie; nell'interno di questo tessuto si osservava il micelio con i suoi filamenti e in alcuni punti veri ammassi con proliferazioni granulomatose. Il micelio isolato si presenta a piccole spore e forma colonie su agar glucosato, a tipo mammellonato, su patata e carota, che invecchiando diventano bruno-grigiastre. È un microrganismo aerobio, che tramanda un violento odore di terra, coagula il latte e produce abbondante quantità di cristalli di ossalati di calcio, fa fermentare l'arabinosio e il lattosio. La raschiatura della patina culturale è sprovvista di potere patogeno e con le iniezioni non si riesce a riprodurre la malattia negli animali.

Circa la patogenesi, l'O. pensa che la malattia sia stata contratta nel Molise più probabilmente

che in America, benchè non si possa escludere che l'origine sia americana e che vi sia stato un lunghissimo periodo di latenza. L'O. pensa inoltre che il microrganismo sia in realtà un saprofito ma che, come altre muffe, possa in determinate circostanze diventare patogeno.

A. JAPPELLI.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 17 giugno 1932.

Presidenza: Prof. TIRELLI, vice-presidente.

Sul trattamento del morbo di Addison coll'ormone corticale.

Dott. A. CIONINI — Riferisce i risultati ottenuti in tre casi. In due di questi, in cui il trattamento fu iniziato in condizioni molto gravi, non ha osservato che un miglioramento transitorio soltanto in un caso e l'exitus è avvenuto in ambedue.

In un terzo caso, nel quale il trattamento fu iniziato in condizioni meno gravi, i risultati sono invece stati assai soddisfacenti: il miglioramento subbiettivo è stato molto pronto e marcatissimo, mentre poco evidente è stato invece il miglioramento obbiettivo.

In complesso l'O. ritiene che l'ormone corticale costituisca un rimedio molto efficace per combattere i sintomi più molesti che lamentano gli addisoniani, per aumentare la scarsa resistenza di essi di fronte a tutti gli agenti nocivi e per far loro talvolta superare delle crisi di insufficienza surrenale.

La reazione di H. v. d. Bergh nella diagnosi di varie forme di ittero.

Prof. E. DOMINICI e dott. E. MARENGO. — Gli OO. dopo aver accennato alle varie modalità con cui può manifestarsi la reazione diazoica di v. d. Bergh, precisano le condizioni in cui ciascuna di esse più particolarmente compare.

La diretta pronta è propria dell'ittero meccanico; la diretta ritardata dell'ittero così detto epatocellulare e la diretta difasica parrebbe rappresentare l'effetto del contemporaneo concorso dei fattori patogenetici precedenti.

La reazione indiretta è propria ed esclusiva del siero normale e delle forme emolitiche nelle quali mai si è notata la presenza di altre reazioni nè diretta pronta, nè diretta ritardata, come neppure di quella difasica, a meno che non fossero presenti altri fattori patogenetici per altra via sicuramente identificati.

In quanto alla reazione diretta ritardata essa è assai rara e finora dagli OO. trovata in una particolare forma di ittero emolitico famigliare ed ancora nel siero del neonato itterico o no.

La terapia fonetica delle paralisi del ricorrente.

Dott. R. SEGRE. — I metodi variano un po' da caso a caso, ma si basano anzitutto sulla rieducazione respiratoria e permette di regolare una buona articolazione vocale. Poi bisogna impostare il registro vocale, e se talvolta è necessario transitoriamente di tenerlo su un tono molto basso od in falsetto, quando sia stabilizzato non è difficile riportarlo su toni normali. Si faranno inoltre eseguire vocalizzi con vocali « tenute » e poi con sillabe, applicando un dito a pressione sull'ala tiroidea del lato sano, facendo compiere degli esercizi di flessione del capo, applicando sul collo deboli correnti galvaniche e le vibrazioni armoniche. Inoltre si farà iperaddurre la corda sana diminuendo con particolari esercizi la forza dei suoi muscoli tensori e con una serie ben calcolata e prudente di colpi di glottide; si agirà sulla migliore nutrizione dell'organo coi metodi della stasi locale, ecc.

Ha curato con successo 8 casi di paralisi ricorrenziali e altre disfonie laringee varie.

Ricerche sulla pressione media dinamica.

Prof. FULCHIERO e dott. PENATI. — Secondo gli OO. la pressione media non rappresenta una costante sfigmomanometrica, nè ha carattere di fissità, nè eguale valore in tutti i distretti vascolari. Essa varia quasi costantemente nei soggetti normali in seguito a sforzo, così come varia negli ipertesi ed ipotesi. Non è l'espressione del lavoro del cuore, poichè nessun parallelismo esiste tra lavoro cardiaco e valore della pressione media.

VILLATA.

Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

(Sezione Regionale Siciliana. Palermo).

Seduta del 10 marzo 1932.

Presidente: Prof. LUIGI MANFREDI.

L. MANFREDI. — *Commemora il socio prof. Ugo Soli.*

L'alcoolizzazione dei nervi intercostali nelle tubercolosi polmonari bilaterali con vaste caverne.

N. LEOTTA. — Dopo aver ricordato i principi dottrinali del suo metodo di alcoolizzazione dei nervi intercostali l'O. pone il quesito se lo stesso mezzo curativo sia applicabile anche nelle forme di tbc. con grandi caverne. Ricorda come oggi sia ritenuta indispensabile la compressibilità delle caverne perchè possa avvenire la guarigione di esse; mentre le grandi caverne sono a parete rigida, per lo più superficiali, quasi sempre sottosierose ed aderenti alla parete toracica, dalla quale non riesce possibile distaccarle, per la vasta sinfisi pleurica coesistente; cosicchè esse, per unanime consenso dei tisiologi, non possono usufruire del pneumotorace mono- o bilaterale, che, in simili circostanze, non solo non è utile, ma è ritenuto dannoso e spesso disastroso. E poichè il metodo dell'alcoolizzazione dei nervi intercostali mette in relativo riposo il polmone senza determinarvi alcuna compressione, dottrinalmente queste gravi forme di tubercolosi bilaterali cavitarie dovrebbero considerarsi al di là anche delle risorse curative di questo metodo. Viceversa l'O. comunica di avere ottenuto magnifici risultati dall'alcoolizzazione bilaterale anche nelle più gravi forme bilaterali, con vaste caverne. Riferisce su undici casi, fra gli ultimi trattati, tutti con lesioni gravissime bilaterali e vaste caverne, nei quali non era stato possibile il pneumotorace, mostrando le relative radiografie e presentando i malati, che dalla alcoolizzazione bilaterale hanno ottenuto un tale miglioramento da permettere il ritorno al lavoro, con aumento di peso fino a 10 Kg., diminuzione notevole e scomparsa dell'espettorato e della tosse, scomparsa delle emottisi, scomparsa della febbre e scomparsa del bacillo di Koch.

Da tali risultati l'O. deduce: che la compressione non è indispensabile ma che curativamente ba-

sti solo un relativo riposo del polmone anche per le gravi forme bilaterali, con vaste caverne, e che queste forme, universalmente considerate oltre il limite di ogni possibilità collassoterapica, possono, mercè l'alcolizzazione bilaterale dei nervi intercostali, riportarsi fra quelle beneficiabili della collassoterapia.

Risultati clinici ed applicazioni pratiche della dieta tipo Gerson nella cura della tubercolosi cutanea.

L. TOMMASI. — L'O. crede utile di intervenire egli stesso nelle dichiarazioni di indole generale sugli effetti terapeutici della dieta ipoclorurata, in base all'esperienza fatta, durante l'anno decorso, nella R. Clinica Dermosifilopatica di Palermo, da lui diretta.

L'azione di questa dieta sul lupus vulgaris è innegabile. Raramente i casi sono rimasti immodificati e ancora più raramente è sembrato che peggiorassero. Su 25 casi trattati, invero, quelli giunti a guarigione completa *con la sola dieta*, non sono più di due e forse tre. La massa però è stata favorevolmente influenzata dalla dieta, così da avvicinarsi più o meno alla guarigione ed in ogni modo così da rendere la cura, con altri mezzi, più semplice e facile. Spesso è bastata la elettrocagulazione di pochi tubercoli incassati e resistenti alla dieta. Altre volte son bastate delle irradiazioni, generali o locali, con raggi ultravioletti. I soggetti a dieta risentono, in ogni modo, assai più rapidamente e profondamente i benefici delle irradiazioni.

Esaurito questo primo periodo sperimentale, la dieta di Gerson può entrare, con grande vantaggio, a far parte dei mezzi curativi da associare od anteporre agli altri mezzi locali e generali a disposizione, con criterio clinico del « caso per caso ». La dieta arresta il diffondersi del processo ed anche, da questo punto di vista, facilita la cura locale.

La dieta è semplice nella regione, date le abitudini parche del popolo. Basta così modificarla: assenza assoluta di ingestione di cloruro di sodio o di cibi salati; diminuzione dei farinacei, aumento di grassi crudi, verdure e frutta fresca. Aggiungere olio di fegato di merluzzo. Occorre sempre che l'ammalato, data la difficoltà delle interpretazioni dei fatti, sia seguito dal dermatologo competente. I processi infiammatori volgari, associati o sovrapposti, vengono riattivati.

L'effetto biologico della dieta di Gerson.

L. BERETVÁS. — L'O., facendo seguito a quanto fu già oggetto di note e, recentemente, di comunicazione alla Sezione della Sicilia occidentale della Soc. Ital. di Derm. e Sif., riferisce su 25 casi di lupus vulgaris trattati con la dieta tipo Gerson.

Riporta i dati relativi agli effetti terapeutici, riferendosi a quanto già il direttore della R. Clinica Dermosifilopatica, e suo Maestro, ha esposto nella precedente comunicazione.

Passa poi a parlare più diffusamente delle ricerche di indole clinica, chimica, dermatoscopica ed istologica regolarmente eseguite.

Risulta da esse, concordemente a quanto altri OO. hanno già avuto modo di constatare, che, sotto l'azione della dieta tipo Gerson, diminuisce il contenuto idrico della cute luposa e non luposa; che avviene una diminuzione di Na e Ca ed un aumento del K; che, mentre all'inizio del trattamento, si osserva, dermatoscopicamente, il tubercolo luposo completamente sprovvisto di vasi, dato che i capillari, tortuosi e dilatati, si arrestano nettamente al suo contorno, successivamente e parallelamente, con il mutare dei reperti clinici, si osserva un miglioramento della irrorazione, in quanto la rete capillare tende ad invadere la zona di tessuto già interessata dal lupoma; che, poco dopo l'inizio della dieta, si osserva una fase reattiva infiammatoria, in sede di focolaio, alla quale segue, con il suo dileguare, la riduzione ed anche la scomparsa del tessuto luposo; che, fino dai primi tempi, si ha una disimbibizione del tessuto luposo ben percettibile non solo con determinazione di laboratorio, ma anche clinicamente; che i germi associati o sovrapposti al lupus vulgaris subiscono, per effetto della dieta, delle riprese di attività anche violenta; che quando non si può raggiungere la guarigione i mezzi collaterali (raggi ultravioletti generali o locali, Finsen-terapia, diatermo-coagulazione, ecc.), riescono a domare rapidamente la forma luposa.

L'O. ritiene che tale associazione o successione di terapia possa condurre a grandi risultati.

La dieta usata e consigliata è sempre bene tollerata dai pazienti, i quali, anzi, trovano spiacevole un ritorno alla vittitazione abituale con aggiunta di sale. Non è stato associato nessun medicamento alla dieta ipoclorurata vitaminica, salvo, in molti casi, la somministrazione di olio di fegato di merluzzo.

S. MAGGIORE. — *Pleuriti mediastiniche nell'età infantile.*

V. FICI e V. AGNELLO. — *Velocità di sedimentazione dei globuli rossi e pneumotorace terapeutico mono- e bilaterale.*

G. VERROTTI (per G. GUARDALI). — *Ricerche istobiologiche e terapeutiche su un caso strano di lupus volgare ad aspetto psoriasiforme.*

Neoplasia sarcomatosa su lupus volgare.

G. VERROTTI (per G. GUARDALI). — L'O. riferisce il caso clinico di una donna di anni 41, la quale presentava una zona di lupus volgare, localizzata sul naso e sulle guance, datante da 17 anni, e che aveva distrutto le pinne nasali e porzione del setto cartilagineo.

Il processo era ancora in atto, per due noduli sulle guance e due ulcerazioni, una sul labbro superiore che cicatrizzò, e l'altra sul dorso del naso, la quale ultima diede luogo ad una massa vegetante, inizialmente con i caratteri clinici ed istologici del granuloma, che guarì con lo scucchiaiamento e con una applicazione Röntgen-terapica.

Successivamente, riaperta l'ulcerazione, si sviluppò una massa neoplastica, che l'esame clinico fece sospettare di natura sarcomatosa. L'esame istologico confermò tale natura, sia per l'aspetto connettivale degli elementi cellulari, e per la loro atipia, specialmente nucleare, sia per le numerosissime cariocinesi, anche atipiche, riscontrate.

L'O. nota che, se meno comune è l'epitelioma su cicatrice di lupus volgare, eccezionale è il sarcoma, il quale, nel caso riferito, si sviluppò non su cicatrice, ma su ulcerazione di lupus volgare. L'unica applicazione di raggi Röntgen, praticata sulla massa granulomatosa, non può essere incolpata del processo metaplastico, giacchè 11 anni prima, ripetute sedute Röntgen-terapiche avevano concorso a guarire il lupus.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 25 giugno 1932.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Importanza della guaina sinoviale sui processi di guarigione delle ferite dei tendini e mezzi plastici per sostituirla.

Dott. M. DEBERNARDIS. — L'O. espone i risultati di sue lunghe ricerche sperimentali e proietta anche numerose microfotografie. Dimostra come la guaina sinoviale abbia la stessa importanza che ha il periostio nella formazione del callo osseo, poichè la formazione della cicatrice tendinea nella quasi totalità proviene dalla guaina; gli elementi che da questa derivano si dispongono secondo le linee di trazione e di forza e solo più tardi, per metaplasia, si trasformano in tessuto connettivo tendineo.

Avvolgendo la ferita tendinea con carta impermeabile, fascia lata, membrana testacea dell'uovo, si osserva che tutti questi corpi estranei, sono avvolti dagli elementi originatisi dalla guaina sinoviale stessa, per cui si ha un ritardo della cicatrizzazione del tendine.

Dott. FUSARI. — *Interventi ortopedici cruenti praticati attraverso bendaggi gessati fenestrati.*

Contributo clinico allo studio della epatosplenografia.

Dott. M. BOGETTI. — L'O. ha seguito tre pazienti per un lungo periodo di tempo dopo iniezioni frazionate di Thorotrast, con frequenti controlli radiologici ed esami funzionali.

Una delle pazienti dovette essere operata di colecistectomia dopo cinque mesi dalle iniezioni e con la vescichetta dovette essere resecato un pezzetto di fegato. All'esame istologico si trovò che le cellule del reticolo endotelio erano ancora farcite di granuli di torio e che qualche cellula epatica conteneva ancora qualche traccia di questo elemento.

G. SEGRE. — *L'alcoolizzazione sottoaracnoidea delle radici posteriori, secondo il metodo « Dogliotti », nella cura delle algie periferiche.*

VILLATA.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 23 giugno 1932.

Presidente: Prof. FILIPPO NERI.

Considerazioni sopra un caso di tubercolosi ipertrofica primitiva dell'angolo epatico del colon.

Dott. G. LUCARELLI. — Viene descritto un caso di tubercolosi ipertrofica primitiva dell'angolo epatico del colon con sintomatologia di ileo acuto.

Non fu possibile un intervento operatorio data una grave affezione cardiorenale da cui era affetta l'ammalata.

La lesione specifica intestinale aveva al tavolo necroscopico l'aspetto di un cancro scirroso anulare del colon.

In base ai dati della letteratura l'O. ammette che la localizzazione della tubercolosi ipertrofica primitiva dell'intestino circoscritta all'angolo epatico del colon, si deve considerare reperto del tutto eccezionale. Conclude inoltre che, nel caso in considerazione, una diagnosi clinica della natura dell'ileo presentava ostacoli insormontabili e che solo un accurato esame microscopico del tratto intestinale leso ha potuto far luce su di essa.

La cura dell'antrace mediante iniezioni di ossigeno.

Dott. MICHELE LEVI. — L'O. ha ottenuto costantemente ottimi resultati dal metodo delle iniezioni di ossigeno mediante un ago negli antraci anche di notevole gravità. Ha praticato applicazioni di 4-5 minuti ciascuna, ripetute per 3-8 giorni secondo la gravità del caso: guarigione rapida, eliminazione dei pericoli dell'intervento chirurgico e delle sue conseguenze, cicatrice minima.

Prof. L. PICCHI. — *Di un non comune tumore di un pesce (neurinoma).*

Seduta del 30 giugno 1932.

Sulla possibilità di guarigione del diabete.

Dott. G. C. DOGLIOTTI. — L'O. dopo aver accennato alla possibilità di un miglioramento effettivo del diabete in seguito alla dieto-insulino-terapia, riferisce di un caso di diabete grave guarito nel corso di due mesi con trattamento insulinico ad alte dosi, tanto da ritornare normale il bilancio degli idrati di carbonio anche al cessare di ogni cura. L'O. pensa che in tale caso siasi trattato di un diabete da pancreatite, e la risoluzione del processo infettivo, favorita dal trattamento insulinico, avrebbe determinato la guarigione della malattia.

L'anestesia sacro-epidurale in urologia.

Prof. G. BLOCH. — L'O. espone i resultati ottenuti con l'applicazione dell'anestesia epidurale delle radici sacrali, nel campo dell'urologia. Dopo aver riferita la tecnica usata, in base agli ottimi risultati ottenuti, convalidati da una numerosa statistica, raccomanda detta anestesia che, accanto alla perfetta innocuità (che permette di praticarla anche ambulatoriamente nelle comuni endoscopie), accoppia la possibilità di poterla applicare in tutta la chirurgia della vescica della prostata, delle vescichette seminali e dell'uretra.

Sulla così detta osteosi paratiroidea.

Dott. G. C. DOGLIOTTI. — L'O. presenta una malata affetta da una osteosi del tipo di quelle da iperfunzione delle paratiroidi e di cui fu tracciato il quadro morboso solo in questi ultimi tempi.

Con l'intervento operatorio, consigliato in tale caso, non si riuscì ad asportare una paratiroide, e tuttavia la paziente dopo l'operazione migliorò notevolmente: è quanto d'analogo si può verificare dopo un intervento sulle paratiroidi nei casi di osteoartrite deformante.

I Segretari: Proff. L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 7 giugno 1932.

Presidente: Pof. G. CAGNETTO.

Ricerche ed osservazioni sull'impiego di metodi più semplici per la diagnosi biologica di gravidanza con speciale riguardo alla mola vescicolare e al corionepitelioma.

Dott. E. MAURIZIO. — L'O. riferisce la personale esperienza fatta in un quadriennio (1928-32) con i diversi metodi proposti per la diagnosi biologica

di gravidanza. Esposti alcuni inconvenienti della Reazione di A. e Z. che, per il rigido schematismo, può essere usata solo in grandi Istituti, passa in rassegna i vari metodi e modificazioni di tecnica proposti per rendere più semplice la prova. L'O. ritiene che pel pratico e specialmente nei casi di gravidanza complicata, sia sufficiente usare due maschi immaturi di cavia e osservare macroscopicamente le modificazioni che avvengono a carico delle vescicole spermatiche, dopo aver praticato le iniezioni di urina. È specialmente nei casi di mola vescicolare e di corionepitelioma che il metodo proposto si dimostra più pratico.

Dott. A. CHINAGLIA e B. AUSTONI. — *Istopatologia delle linfoghiandole regionali dell'adenocarcinoma da innesto del topo.*

Lo sviluppo della tubercolosi sperimentale nel polmone collassato.

Dott. G. SANESI. — In due serie di esperienze, eseguite nel coniglio, in cui si adottarono il pneumotorace e l'oleotorace per ottenere il collasso, si sono avuti i seguenti risultati:

Nei conigli con pnx la tubercolosi, ottenuta per via tracheale, si è sviluppata più estesamente dal lato del collasso; in quelli con oleox si è sviluppata meno o non si è affatto sviluppata dal lato del collasso.

Contributo sperimentale alla patogenesi delle cisti ossee.

Dott. B. AUSTONI. — L'O., dopo un breve cenno alle varie teorie sulla genesi delle cisti ossee espone le ricerche personali istituite allo scopo di ottenere sperimentalmente il predetto reperto. Egli condusse le sue esperienze su cani e conigli giovani tentando anche vie diverse da quelle seguite dagli esperimentatori precedenti. Ma il problema delle cisti ossee rimane anche dopo queste ricerche in vario senso condotte, completamente oscuro.

Il Segretario: A. CESTARI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 15 giugno 1932.

Presidente: Prof. GAIFAMI.

Prof. SANGIORGI. — Commemora il Maestro prof. Luigi Pagliani.

Collassoterapia in ascesso polmonare successivamente bilaterale.

Prof. BONOMO. — In un caso di ascesso polmonare multiplo del polmone destro, l'O. ha applicato il pneumotorace artificiale con rapido successo. Durante il trattamento, a distanza di un mese dall'inizio di questo, si è sviluppato un nuovo ascesso nel polmone sinistro, a decorso acuto, localizzato nella regione dell'ilo. Interruzione del pneumotorace a destra e collassoterapia a sinistra. Guarigione.

Discussione: prof. FERRANNINI.

Meniscectomia.

Prof. BONOMO. — L'O. ha eseguito la meniscectomia del menisco interno del ginocchio sinistro in un operaio che in seguito a trauma diretto ne aveva riportato la rottura. La diagnosi clinica era evidente perchè sul lato interno del ginocchio si percepiva agevolmente il menisco lussato che poteva essere facilmente ridotto. Ha usato il taglio traverso di Tavernier con risultato funzionale completo.

Distonia collegata alla marcia.

Prof. POPPI e dott. RENZETTI. — Gli OO. illustrano un caso di parkinsonismo postencefalitico che presenta un particolare disturbo consistente in una ipertonia dei muscoli antigravitari degli arti e del tronco, che interviene solamente nella marcia in avanti.

Gli OO. discutono la patogenesi di tale distonia funzionale.

La diatesi essudativa nella patologia oculare.

Prof. MAGGIORE. — L'O. dopo aver richiamato la sintomatologia obiettiva e subiettiva che caratterizza la sindrome descritta da Czerny sotto il nome di diatesi essudativa, passa in rassegna le varie affezioni della palpebra, della congiuntiva e della cornea che possono connettersi a questa particolare anomalia costituzionale. Infine discute le varie teorie emesse dagli AA. per l'interpretazione del meccanismo patogenetico di queste affezioni, in rapporto anche al problema curativo.

La diatesi essudativa nella patologia cutanea.

Prof. IAIA. — Occupandosi del gruppo delle dermatosi essudative, l'O. si sofferma a considerare quali di esse debbono essere ascritte allo stato diatesico, quali ad altre cause.

Sulla base delle alterazioni anatomo-patologiche e su quella degli scambi salini e delle influenze armoniche l'O. esamina i problemi patogenetici ed eziologici di questo gruppo di dermatosi.

Discussione: il prof. COZZOLINO fa rilevare: 1) che non esiste sinergismo, ma in certo senso antagonismo della diatesi essudativa con la tubercolosi; 2) che essa non è limitata esclusivamente all'infanzia.

Il morbo di Riga-Fede e la diatesi essudativa.

Prof. BARBERI. — L'O. illustra sei casi di malattia di Riga-Fede ed espone il reperto istologico di un tumoretto escisso, che mostra nella massa fondamentale i caratteri del papilloma, sostituiti nella parte centrale da una neoformazione a tipo granulomatoso.

Tutti i soggetti esaminati presentano le note caratteristiche della diatesi essudativo-linfatica, con labilità ed iperirritabilità parasimpatica.

L'O. ritiene che tale anomalia costituzionale costituisca un fattore predisponente di grande importanza nella genesi della malattia di Riga-Fede e che possa spiegare la comparsa dell'affezione anche in seguito a stimoli meccanici che non esorbitano dai limiti fisiologici.

Discussione: prof. GALLO, dott. PERTA.

Le vulvovaginiti dell'infanzia e la diatesi essudativa.

Prof. DE VICARIIS. — L'O., nelle forme croniche di vulvovaginiti dell'infanzia dovute ai comuni germi o al gonococco, escluse le forme scrofolotiche, dà grande importanza al terreno costituzionale (diat. essud.).

Nel 92 % dei suoi casi trova infatti manifestazioni diatesiche in atto o pregresse.

Il Segretario: GARGASOLE.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

L'Associazione ha tenuto una serie di sedute in cui sono state fatte interessanti conferenze, comunicazioni e discussioni. Questa feconda attività è dovuta precipuamente all'ufficio di presidenza, in particolare ai presidenti A. Cofleri e E. Comisso, assistiti dai segretari L. Winternitz e M. Novak. Per imprescindibili ragioni di spazio siamo costretti ad un semplice cenno del lavoro fornito.

Nella seduta del 4 marzo 1932 il dott. A. COFLERI e il prof. OLIANI riferirono sull'*ascesso polmonare* (rispettivamente per la parte medica e per quella chirurgica). Il tema venne poi ampiamente discusso nella seduta del 7 marzo.

Nella seduta del 31 marzo il prof. W. FISCHER, di Rostock, trattò della patologia dei *carcinomi polmonari*.

Nella seduta del 1° aprile il prof. P. RONDONI tenne una conferenza su « *La biologia della cellula del cancro* ».

Nella seduta dell'8 aprile il dott. VITTURELLI illustrò il caso di un bambino con *ascessi polmonari multipli* metapneumonici, clinicamente guariti mediante le sole cure mediche. Il dott. I. LEVI fece una comunicazione sulle *acariasi da cereali*.

Nella seduta del 18 aprile il dott. M. GEYGER completò una sua comunicazione precedente relativa ad una *gravidanza in donna operata di salpingoisteroanastomosi bilaterale*.

Il dott. G. MACCHIORO illustrò 9 casi di *morbo di Flajani-Basedow curato con fluoruro sodico* per via endovenosa. Discussione.

Nella seduta del 22 aprile il prof. A. MEZZARI presentò, a 3 anni dall'intervento, un caso di *artrite deformante dell'anca*, operato di resezione artroplastica. Poi illustrò un caso di *calcificazione del nucleo polposo intervertebrale*.

Il dott. V. ROMANIN riferì su di un caso di *genu impressum*.

Nella seduta del 6 maggio vennero fatte le seguenti comunicazioni: E. FREUND, *Tricofizia* del cuoio capelluto e degli arti; P. MARCOVICH, due *casi dubbi;* P. IACCHIA, *Polmone cistico congenito* con parziale agenesia del lobo inferiore del lobo infer. sin.; DE GRISOGONO, *Tumori operati con esito in guarigione* (discussione).

Nella seduta del 13 maggio il prof. MANN riferì su di un *avvelenamento da morso di vipera;* il dott. FERRARI e il dott. C. LANG presentarono una interessante *casistica anatomica;* il dott. M. LOVENATI riferì sui lavori del 10° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Nella seduta del 28 maggio il prof. R. GALEAZZI tenne una conferenza sulla *scoliosi*. Questa conferenza ci sembra meritevole di speciale rilievo.

Il disserente riassume le sue esperienze ed i suoi studii sull'eziologia dell'affezione, dopo avere messo in evidenza le conseguenze dannose che questa deformità ha sui visceri degli adolescenti e la grande importanza che questa deformità ha per il medico pratico.

Rileva la grande frequenza delle scoliosi congenite e l'importanza patogenetica delle lesioni del cingolo scapolare sulla genesi delle scoliosi dorsali alte; accenna poi alle sue indagini sulle scoliosi dinamiche, tra le quali si sofferma in particolare modo sulle scoliosi paralitiche.

Lungamente si intrattiene il prof. Galeazzi sulle scoliosi d'origine puramente funzionale per lungo tempo ammesse ed ora poste in dubbio dalle nuove scoperte di loro cause patogenetiche, fra le quali ricorda le sue osservazioni di molti casi di scoliosi di adolescenti in cui egli ha riscontrato come causa un processo osteocondritico vertebrale, mentre in altri casi il momento eziologico della scoliosi risiederebbe in un eccezionale e rapido accrescimento in altezza dei corpi vertebrali, che si verifica in molti adolescenti.

Per quanto riguarda le scoliosi degli scolari è oramai unanime l'opinione che la scuola possa al più aggravare deformità vertebrali sorte per altre cause, ma che oggi in Italia la questione ha perduto quasi del tutto importanza dacchè l'organizzazione della scuola e l'educazione fisica della gioventù, grazie alle illuminate direttive del Governo Fascista, sono improntate alla più severa profilassi delle deformità del tronco.

Venendo alla cura, l'O. è convinto che la cura funzionale sinora seguita sia impotente a guarire le deformità avanzate, con alterazioni strutturali delle vertebre, delle quali l'unico trattamento efficace è per sua larga esperienza il raddrizzamento forzato.

Egli descrive il suo metodo e ne illustra la tecnica ed i risultati proiettando una pellicola cinematografica.

Dalla dimostrazione sono messi in evidenza i risultati veramente ottimi ottenuti in molti casi e risultati durevoli quali nessun altro metodo ha finora realizzato.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Sulla estrazione di aghi, restati inclusi in alcune parti del corpo

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO, aiuto chirurgo degli Ospedali Riuniti di Roma.

Le parti del corpo dove accidentalmente penetrano e rimangono inclusi pezzi di ago, sono ordinariamente le mani e le natiche; molto più di rado, la colonna vertebrale (ago da puntura lombare) o altre parti del corpo.

Chi paga il maggior contributo a questa involontaria penetrazione metallica è — come può ben capirsi — la donna.

Tanto l'ago da cucire che si pianta nella mano, come l'ago da iniezione che si spezza nella natica sono più famigliari alla donna che non all'uomo.

Non appena l'incidente è avvenuto, la paziente corre dal medico, gli mostra il piccolo foro di entrata dell'ago e gliene chiede la immediata estrazione. Se il medico è poco esperto, con solerzia impugna il bisturi e si accinge alla operazione che giudica forse piccola, quasi come per un rapporto alla piccolezza del corpo estraneo da levare.

Che cosa succeda nella grande maggioranza dei casi è facile ad immaginarsi: urli della paziente, sudore freddo e impazienza del medico che estrae, il più delle volte, lobuli di grasso e fibre muscolari...; e dopo qualche ora di vana e più o meno dannosa ricerca, invio della paziente ad un gabinetto radiologico per radiografie e successiva ricerca più o meno laboriosa.

Da questa cronologia di fatti che mi è occorso spesso di vedere, ho tratto lo spunto a scrivere questa nota su un argomento di piccola chirurgia che invano forse il giovane medico cercherebbe nei comuni trattati.

Un primo consiglio che dò è questo: non accingersi a cuor leggero alla estrazione di aghi rimasti inclusi, a meno che non se ne veda, o non se ne senta, proprio sotto pelle, un estremo facile ad afferrarsi; e di ponderare in qualche caso, se non sia talvolta più innocuo quel piccolo deposito metallico nel corpo, che l'atto chirurgico per estrarlo.

Ricordo anzitutto la grande utilità dei raggi X per la localizzazione esatta di tali corpi estranei; ma aggiungo che una radiografia fatta in una sola posizione, non basta; e che anche con due belle radiografie, fatte di fronte e di lato, non di rado il chirurgo stenta non poco a ritrovare il corpo estraneo, o talvolta fallisce allo scopo. Disponendo dell'aiuto di un gabinetto radiologico è preferibile, se si vuol far presto e bene, fare la ricerca sotto la visione diretta radioscopica.

Ma non sempre si ha a portata di mano un gabinetto radiologico; e però io sono riuscito a estrarre con non grande difficoltà pezzi di ago, giovandomi dei seguenti accorgimenti che consiglio di seguire, anche se si hanno a disposizione radiografie del corpo estraneo.

Aghi inclusi nella mano. — Guardare prima l'atteggiamento della mano; poi saggiare la motilità attiva é passiva dei singoli componenti articolari di essa. Un tale esame può essere utile a darci una presunzione nel localizzare l'ago vicino a un tendine, o a una articolazione, ove questa o quello si trovassero in un atteggiamento coatto, e particolarmente dolorosi riuscissero certi loro movimenti.

O che si veda poi il foro di penetrazione dell'ago, o che la paziente ne indichi col punto di maggior dolore la sede, è utilissimo ricercare e segnare sulla cute la proiezione dolorosa determinatavi dall'ago incluso. Con uno specillo a piccola punta, praticando pressioni in vari sensi si riesce abitualmente a determinare una zona lineare dolente che si segna col nitrato di argento, perchè ne rimanga sempre visibile la traccia. Perpendicolarmente a tale linea se ne segna un'altra che incrocia la prima nel punto ove è visibile il foro di entrata, o il dolore è più squisito. Solo dopo ciò, si passa all'atto operatorio.

È indispensabile il laccio emostatico al braccio che, rendendo esangue il campo operatorio, facilita enormemente la ricerca. La anestesia locale è di obbligo; e va fatta infiltrando progressivamente gli strati man mano che si sezionano. L'incisione cutanea sarà bene praticarla a croce, lungo le linee segnate col nitrato di argento. Incisa la cute col sottocutaneo, divaricare i quattro lembetti, rovesciandoli infuori piuttosto energicamente: è raro se l'ago è rimasto anche per un tratto nella sottocute, di non ritrovarlo con una esplorazione accurata di ogni singolo lembetto. Non dimenticarsi, in ogni modo, di dirigere l'esplorazione nel senso delle linee cutanee segnate, e servirsi, ove occorra, della sensazione tattile del dito, che resta sempre il migliore strumento per il chirurgo. Nel caso che l'ago fosse penetrato più profondamente, badare a non trasformare la

ferita progressivamente in un pozzetto; di non perdere di vista, nella ulteriore ricerca, la direzione delle linee cutanee segnate, arrivando progressivamente e metodicamente sino all'osso sottostante, contro cui talvolta l'ago può essersi arrestato.

Quando l'ago si è approfondato nella carne muscolare è utile tendere passivamente il muscolo. Così alle palme della mano, a lembi cutanei divaricati, flettere fortemente le dita: se l'ago ha una direzione verticale o che ad essa si avvicina, si può, con tale artificio, come esprimerlo fuori e superficializzarlo.

Se l'operatore conserva la calma, sta comodamente seduto a lavorare e segue questi miei modesti consigli, riesce, come a me è riuscito, nell'intento di estrarre il corpo estraneo, anche non disponendo di radiografie.

Aghi inclusi nella natica. — Qui la necessità di togliere l'ago, non è davvero paragonabile a quella che si ha per la mano; epperò la difficoltà di estrarlo non è meno che in questa. Senza dire che nella natica il soccorso radiologico fallisce, o per lo meno non è così utile come per la mano.

Epperò un altro piccolo artifizio ci permette di estrarre un ago dalla natica elegantemente e quasi direi di colpo. È necessario che si veda il foro di penetrazione dell'ago, o che il paziente ci localizzi il punto ove l'ago è penetrato, con una netta sensazione dolorosa. Ho visto spessissimo fare in tali casi una timida incisione longitudinale che man mano si allungava e approfondiva, vieppiù che l'ago, innocuamente chiuso in un lobulo di grasso, rimaneva occulto all'occhio del medico. È un errore, o per lo meno una inutile perdita di tempo. Se invece si pratica fin dal principio, in anestesia locale, una incisione a losanga e si asporta di colpo un cuneo di pelle e di grasso sino alla aponeurosi sottostante, si ha la sorpresa di trovare l'ago incluso in quel pezzo di tessuto asportato. Il piccolo difetto di sostanza non ha davvero importanza in una regione, ove di cute e grasso ve ne è spesso anche di troppo; e la sutura con qualche punto della incisione praticata chiuderà il brevissimo atto operatorio, con visibile soddisfazione del medico e del paziente.

RIASSUNTO.

L'A. tratta della estrazione di pezzi di ago penetrati accidentalmente nella mano e nella natica; ed espone degli accorgimenti di tecnica, atti a facilitarne la estrazione.

CASISTICA.

L'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano nei traumi del cranio.

R. Leriche (*Presse Médic.*, n. 51, 1931) ritorna sull'argomento da lui trattato 10 anni addietro, avendo in questi ultimi anni osservata 12 volte la sindrome su 75 casi.

Si è trattato in genere di traumi cranici non molto gravi e spesso accompagnati da scolo di liquor.

La puntura lombare ha dato scarse goccie di liquor o pressione bassa, inferiore a 10 col manometro di Claude. Nei casi in cui è intervenuto, ha trovato assenza di liquor negli spazi subaracnoidei. La sintomatologia può metterci sull'avviso.

L'infermo è semi-comatoso, lamenta cefalea frontale, vertigine e nausea, il respiro è superficiale, il polso è piccolo, mancano segni di focolaio o di compressione. La p. lombare ci dà la certezza. Spiega tali disturbi per una congestione ex vacuo dei vasi meningei secondaria alla mancanza del liquor, e da lue riscontrata al tavolo operatorio nei casi in cui è intervenuto. Distingue poi una *ipotensione secondaria* ed una *ip. primitiva.* La prima si ha per perdita di liq. attraverso la frattura o per p. lombari ripetute a scopo diagnostico; la seconda per uno spasmo dei vasi cerebrali dovuta allo choc. Ricorda che questo secondo meccanismo è stato dal Duret dimostrato sperimentalmente nei cavalli. Il trattamento consiste nell'iniettare endovena 40 cc. d'acqua distillata; se i disturbi non scompaiono del tutto o recidivano, iniettare 500-1000 cc. di soluzione fisiologica per via endovenosa o sottocutanea, che può essere ripetuta nei giorni successivi se occorre, ma guidati dalla manometria onde non causare in senso inverso l'ipertensione. R. GRASSO.

Pneumatocele intracranico traumatico.

Secondo G. Leclerc et Roy (*Lyon Chirurg.*, n. 5, 1931) è una eventualità rara e ancora più raramente diagnosticata. Si distingue un pneumocele sotto-durale, uno intraventricolare, ed uno intracerebrale vero. Nel primo caso la raccolta aerea si trova sotto la dura, negli spazi aracnoidei, al di fuori della massa cerebrale; nel secondo caso si trova nei ventricoli, ma allora in genere è secondario ad un pn. sottodurale da cui per un focolaio di contusione cerebrale l'aria è pervenuta nei ventricoli; nel terzo caso è proprio nello spessore della sostanza cerebrale, in una zona prima gravemente contusa e spappolata dal trauma, ove l'aria si è incistata. Per prodursi occorre che la frattura determini una comunicazione con le fosse nasali, o cavità etmoidee, o mastoidee, o con la cassa del timpano, ed una fessura nella meninge. In genere si stabilisce

qualche giorno dopo il trauma. È quasi sempre una scoperta radiografica; non richiede alcun intervento. R. GRASSO.

Compressione del midollo per un fibro-glioma radicolare nel corso di una malattia di Recklinghausen.

L. Ramond (*Presse Médicale*, n. 5, 1931) riferisce di un paziente sofferente da due anni di nevralgie all'arto super. d. ed alla reg. lombare dello stesso lato, con crisi parossistiche e resistenti a qualunque cura medica. La radiografia del rachide, la R. W., la P. L. erano negative. Esclusa la spondilite t. b. c., il cancro secondario della col. vert., la meningo-mielite luetica, si è pensato ad un fibro-glioma del midollo avendo rilevato lungo il decorso del plesso brachiale un piccolo nevroma, responsabile delle nevralgie dell'arto superiore. Presentando poi dei tumori multipli cutanei e sottocutanei e varie discromie si fece diagnosi di morbo di Recklinghausen. La prova manometrica di Queckenstedt-Stookey dava un blocco incompleto dello spazio sottoaracnoideo all'altezza della regione dorsale inferiore, reperto confermato con l'iniezione di lipiodol praticata per via subocciipitale, che si arrestava alla altezza della X D.

Si pratica laminectomia della XD e si trova un tumore di 3 cm. di diametro, che comprime alcune radici e che all'esame istologico si riconosce per un fibro-glioma. R. GRASSO.

Sindromi neurologiche associate con la ipoglicemia.

Si è venuto dimostrando in questi ultimi anni che l'ipoglicemia è una condizione non rara e si ammette; generalmente, che la quantità di glucosio che si trova in 100 cmc. di sangue nell'individuo a digiuno è di 70 mg. circa.

I sintomi nervosi formano una parte predominante nel quadro dell'ipoglicemia; essi sono varii e numerosi sebbene non tutti possono trovarsi in ogni singolo caso. Essi dipendono dalla stessa ipoglicemia qualsiasi la causa che l'ha prodotta, la somministrazione di insulina, un tumore pancreatico od una lesione epatica. L'intensità dei sintomi, però, è in rapporto con il grado di ipoglicemia.

Un modico abbassamento del valore dello zucchero sanguigno è accompagnato da fame vorace, sudori, inquietudine, ansietà e debolezza così marcata che qualcuno ha ritenuto che molti dei casi di debolezza organica abbiano la stessa origine. P. es., Mc Crudden e Sargent ritengono che l'ipoglicemia (64 mg. per 100 cmc. di sangue), nei loro casi di atrofia muscolare progressiva, fosse la causa della estrema debolezza riscontrata ed osservarono che, con la somministrazione di sufficenti quantità di carboidrati, si elevava lo zucchero sanguigno ed, al tempo istesso, aumentavano il peso e la forza.

Con un grado più avanzato di ipoglicemia, il paziente diventa più stuporoso, di solito completamente amnesico, non raramente comatoso. Vi possono essere contrazioni muscolari o convulsioni, che sono state confuse con quelle dell'epilessia idiopatica. I riflessi profondi sono diminuiti od aboliti; si può avere emiparesi, che scompare con il ritorno dello zucchero al livello normale. Si può avere la morte durante l'attacco, ma talvolta si ha invece la sorpresa della guarigione.

A. D. Carr (*Journ. amer. med. assoc.*, 19 dic. 1931), ha potuto assodare in un paziente che con lo zucchero in quantità di 72-80 mg. non si avevano sintomi; con 60-65 mg. vi era inquietudine, stato apprensivo, sudore, con letargia; sotto i 60 mg., il paziente era irresponsabile, ma rispondeva agli stimoli; con 36-48 mg., il paziente non poteva tenersi ritto ed aveva contrazioni muscolari involontarie di carattere convulsivo. Caratteristica essenziale era il ritorno periodico delle condizioni ipoglicemiche, con inizio improvviso; il paziente conservava la sua attività ma vi era completa amnesia. Dopo ogni episodio, il paziente rimaneva stuporoso per alcune ore; l'assunzione di cibo faceva scomparire immediatamente le condizioni.

La diagnosi si fa con un'accurata anamnesi, il riconoscimento della malattia che può determinare l'ipoglicemia e soprattutto dosando lo zucchero nel sangue. *fil.*

Un caso di meningite da bacillo emofilo.

La meningite da bacillo di Pfeiffer è rara; nelle statistiche figura all'ultimo posto dopo le forme da meningococco, pneumococco e streptococco. Essa colpisce a prevalenza i bambini della prima infanzia e a questo fatto è dovuta in parte la gravità della malattia.

La meningite da b. di Pfeiffer è il più spesso senza rapporto con le epidemie di grippe o di influenza: l'infezione è dovuta forse a portatori di germi.

La sintomatologia è quella propria di tutte le forme di suppurazione meningea e perciò la diagnosi di meningite da b. di Pfeiffer è impossibile se ci si basa solo sui dati clinici. È la puntura lombare che è capace di portare luce. Il liquor esce sotto forte pressione, torbido, di rado purulento. L'esame microscopico mostra molti leucociti polinucleati e l'esame batteriologico l'assenza di cocchi e la presenza di b. di Pfeiffer che vien confermata dalla prova culturale.

C. Anfossi (*Clinica e igiene infantile*, maggio 1932, n. 5) riferisce un caso da lui osservato.

C. P. anni due; in pieno benessere fu colpito da vomito e febbre alta, obnubilazione e delirio. Temp. 39°.5. Polso 90. Respiro 30. Pupille uguali e reagenti alla luce e all'accomodamento. Faringe arrossato. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio e dell'addome. Rigidità della nuca; accenno al Brudzinsky; non Kernig, nè Babinsky.

Esame del liquor: vengono estratti cc. 40 di liquor torbido che esce sotto forte pressione. Reazione: alcalina. Formazione di deposito purulento abbondante in fondo al tubo e di reticolo a maglie grossolane sulla parete del medesimo. Boveri e Pandy positive. Nonne Appelt e Weichrot: negative. Albumina 0.60%. Cloruri 7,2 ‰. L'esame microscopico rivela numerosissimi leucociti, linfociti e microorganismi Gram-negativi, in forma di bastoncini piccolissimi. Vengono isolati in cultura di agar-sangue dei diplo-batteri, Gram-negativi, del gruppo degli emofili.

Le successive punture lombari diedero esito a liquor sempre torbido e fuoriuscente sotto pressione. Comparve strabismo in ambo gli occhi. Si accentuò il Brudzinsky e apparve ipertonia agli arti superiori e convulsioni generalizzate. Morì dopo 18 gg. dall'ingresso in Ospedale.

Si tentò la cura prima col siero antimeningococcico e poi antipneumococcico ma senza risultato.

Negli ultimi giorni si ebbe, cosa che capita spesso nell'influenza, complicazione di un ascesso e della polmonite, il che prova la natura settica della infezione.

VICENTINI.

TERAPIA.

La exeresi del tessuto cellulare nel trattamento del patereccio.

Rougemont e Carcassone (*Presse Méd.*, numero 33, 1932) ricordando che in questa affezione vi è una vera necrosi del cellulare adiposo del polpastrello, d'accordo con Iselin ed altri AA., sconsigliano la semplice incisione poco efficace mancando la fluidificazione purulenta e vantano in base a vari casi trattati la exeresi del cellulare necrosato.

Nei paterecci del polpastrello previa l'incisione arciforme classica scoprono la regione, ed a punta di forbici escidono il sottocutaneo necrosato trattando pure le lesioni ossee della falange se queste esistono. Quindi riabbattono il centro previa interposizione di un tubetto attraverso cui fanno i primi giorni qualche lavaggio.

Tale principio va esteso pure ai paterecci del dorso e della base delle dita. Risultati ottimi.

R. GRASSO.

La terapia delle ustioni.

M. Saegesser (*Schweiz. med. Woch.*, 1932, n. 5) raccomanda essenzialmente l'acido tannico, che conviene specialmente per le ustioni di terzo grado, le più frequenti nella pratica.

Accurata pulizia dei margini dell'ustione con benzina, asportazione della flittena, anche se intatta; grande accuratezza per evitare un eventuale trasporto di germi (anche cambio di strumenti) da flittene già strappate ed infette.

Applicazione sulla parte di una compressa con spesso strato di unguento al tannino (Ac. tannico g. 5; Vaselina, Lanolina, ana q. b. per g. 50). Fasciatura lassa. Cambiare la medicatura dopo quattro settimane (sic). La seconda medicatura consiste soltanto in compresse e pochi giri di fascia, come protezione.

Nelle ustioni di secondo grado, la crosta cade dopo pochi giorni e si ha la guarigione in 5-8 giorni; in quelle di terzo, la crosta è tenera e cade dopo qualche settimana; non deve essere tolta prima.

fil.

Contro l'eritema solare al mare.

Sapone in polvere			
Miele	ana	g.	50
Glicerina	»	»	28
Farina di linseme	»	»	20
Talco	»	»	17
Polvere di iris	»	»	10

Mescolare, far fondere a bagno-maria; mettere in vasi a chiusura il più che possibile ermetica. Applicare mattina e sera.

Nel prurito emorroidale.

R. Bensaude e P. Oury (*Journ. des praticiens*, 23 apr. 1932) consigliano l'applicazione di: acido fenico ed acido acetico, ana g. 5, in alcool g. 50 ed acqua dist. q. b. per fare 500 cmc. Oppure: cloralio idrato in soluzione in acqua dist. a 1/100. Dopo disseccamento, mettere la pomata seguente: Antipirina g. 1,50; Balsamo del Perù gocce X; Ossido di zinco g. 10; Ung. populeum gr. 30. Oppure, spolverizzare con: Acido salicilico g. 1, Talco, Ossido di zinco, ana g. 20; Amido g. 60.

I detti AA. raccomandano le iniezioni perianali di benzoato di benzocaina, con acido fenil-metil-metilico (ana g. 5) in Olio di mandorle dolci g. 50. Dopo antisepsi della pelle, iniettare 1-2 cmc. della soluzione nel tessuto cellulare della regione perianale, in corrispondenza della linea cutaneo-mucosa dell'ano. Si fa l'iniezione a ventaglio, in modo che l'infiltrazione del liquido si faccia diffusa senza formare dei nodi. Dopo 2-4 giorni, si può ripetere in un punto diverso.

fil.

Nell'eczema acuto.

Lozioni o polverizzazioni, 3 volte al giorno, con acqua di tiglio o di camomilla; nell'intervallo, applicazioni di medicazione umida (senza taffetà impermeabile!) con parecchi strati di garza sterilizzata, imbevuti con:

Cloruro di magnesio	g.	7
Solfato di zinco	»	1
Acq. dist.	l.	1

Ricoprire le compresse con una falda di cotone; inumidire le compresse stesse quando si sono disseccate.

Si può usare invece (M. Fournier, *Provence Méd.*, 15 marzo 1932) il linimento oleo-calcare. Se la secrezione è abbondante, spennellature con nitrato di argento a 1/30-1/40, per vari giorni di seguito.

Nel periodo di decremento, invece della medicazione umida applicare la pasta seguente: Acqua di calce; Polvere di talco, Glicerina; Ossido di zinco, na g. 10. Applicare in strato spesso. *fil.*

La dieta senza latte nei bambini eczematosi.

Anche nei bambini durante il primo anno di vita, la dieta senza latte porta un rapido miglioramento dei sintomi dell'eczema, ivi compreso il prurito. Secondo i consigli di R. Hess (*Deut. med. Wochens.*, 8 genn. 1932) è utile integrarla con la somministrazione di un'emulsione di mandorle dolci al 6-10 %, con aggiunta di idrati di carbonio. È possibile continuare tale tipo di dieta per diversi mesi, ma l'emulsione di mandorle dolci non va considerata come una nutrizione regolare da continuare indefinitamente. *fil.*

Le iniezioni sottocutanee locali di siero fisiologico nei pruriti e negli eczemi lichenificati.

Nello studiare l'effetto di iniezioni di sostanze ad azione vasomotoria praticate sottocute in corrispondenza di zone di prurito o di eczema lichenificato, A. Lévy-Fraenckel e L. Gerson (*Journal de Médecine de Paris*, 28 aprile 1932) hanno potuto vedere che anche senza ricorrere a medicamenti particolari, ma iniettando semplice soluzione fisiologica o acqua distillata, si possono ottenere notevoli risultati.

In un primo tempo usarono praticare iniezioni a corona sotto le placche lichenificate, ma poi videro che il prurito scompariva anche praticando un'unica iniezione, di 1 cc. per una placca grande come un palmo di mano, sia di soluz. fisiologica, sia di acqua distillata: quest'ultima riesce più dolorosa.

Esperimentando nelle varie forme di dermatosi, di prurito e di eczema gli AA. ottengono risultati vari: nessun miglioramento nei pruriti generalizzati e nelle dermatosi microbiche; grande miglioramento e sovente guarigione nelle lichenificazioni e negli eczemi papulo-vescicolosi eccezion fatta del prurito con lichenificazione delle regioni genitali che sembrano reagire meno bene dei pruriti con lichenificazione del tronco e degli arti.

Nei casi misti, la lichenificazione scompare e il prurito persiste, ovvero l'eczema papulo-vescicoloso dilegua e persiste la disidrosi. Il metodo è assolutamente innocuo e la facilità di applicazione estrema. E. ANTONIAZZI.

Il trattamento della pediculosi.

R. Sabouraud (*Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu*, Masson, éd., Paris, 1932) consiglia l'uso di vaselina resa più fluida con l'aggiunta di benzolo o di xilol, in proporzione di 50 gocce di questi per 50 grammi della prima. La si applica, alla sera, in quantità di due pezzi della grossezza di una nocciuola, impregnandone bene tutto il cuoio capelluto. La mattina dopo, si fa la pulizia della testa con dei cenci asciutti o con della carta-seta, facendo poi seguire una saponata. La pomata va applicata anche sulle regioni coperte da croste (di impetigine).

In tal modo sono uccisi i pidocchi, ma non del tutto sterilizzate le lendini. Per queste è inutile il sapone, che non scioglierebbe la chitina; si usa invece l'aceto caldo in modo da impregnarne bene tutti i capelli, su cui si applica poi un berretto da bagno in gomma o della *baudruche*, tenendo tale copertura dalla sera alla mattina. Dopo una buona saponatura, si pettina accuratamente e le lendini scivolano via. Il trattamento con l'aceto non va fatto se non dopo guarite le lesioni da impetigine. La testa va sorvegliata per qualche tempo perchè un uovo, eventualmente sfuggito ai trattamenti potrebbe svilupparsi in seguito, necessitando così una nuova applicazione di vaselina allo xilolo. *fil.*

SEMEIOTICA.

Contributo casistico alla diagnosi differenziale tra polmone cardiaco e tubercolosi polmonare.

Il reperto fisico del polmone da stasi puro può essere per lungo tempo simile a quello di una tubercolosi polmonare progredita.

A riprova di tale asserto, J. Tillman (*Münch. Med. Woch.* n. 18, 29 aprile 1932) descrive un caso clinico riguardante un uomo di 42 anni, sofferente di cardiopatia fin dal 13° anno di età, ricoverato in Sanatorio con la diagnosi di tubercolosi polmonare, e morto qualche mese dopo con sintomi di progressivo indebolimento cardiaco.

All'autopsia fu ritrovato un cuore enormemente dilatato, con endocardite cronica delle valvole aortiche, mentre, a carico dei polmoni, esistevano a sinistra focolai di tubercolosi caseosa cronica, e bilateralmente un indurimento bruno.

La dilatazione colossale del cuore aveva prodotto una compressione locale a sinistra, tale da rendere stazionario il processo tubercolare e da causare, da per sè solamente, la sintomatologia rilevata in vita a carico del polmone.

Ed in realtà lo stato del malato, negli ultimi periodi di vita, aveva contrastato con la diagnosi di tubercolosi evolutiva, non essendovi stata febbre nè modificazioni del peso corporeo e della nutrizione generale.

Nemmeno il reperto radiologico, con la sua ombra toracica diffusa, aveva completata la diagnosi, anche per le difficoltà tecniche della fotografia, causate dall'intensità dell'impulso cardiaco. M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il valore relativo del ferro organico e inorganico nella formazione dell'emoglobina.

Ricerche sperimentali e cliniche hanno dimostrato che il ferro inorganico può essere utilizzato per la sintesi dell'emoglobina, per la quale possono servire anche rame e manganese. Drabkin e Miller credono che alcuni amino-acidi possano sostituire il ferro nelle anemie sperimentali da nutrizione alterata. Whipple e Robscheit-Robbins hanno trovato utili i sali di ferro nelle anemie postemorragiche dei cani e che si esalta l'efficacia del ferro unendolo al rame e ancora di più è efficace se si fa l'alimentazione con fegato o con rene.

Nella patologia umana, si sa che poco efficace è il ferro nell'anemia perniciosa e lo stesso si può dire del rame, mentre ferro e rame sono utili nelle anemie secondarie, in cui l'aggiunta di fegato al ferro e rame migliora le condizioni più rapidamente. Quindi certamente l'emoglobina si forma dal ferro e dal rame dei cibi.

C. A. Elvehjem (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* 26 marzo) ha voluto studiare sperimentalmente il valore del ferro organico e di quello inorganico nei ratti con anemia da nutrizione ed ha concluso che in assenza di rame il ferro organico è inefficace come pure il ferro inorganico, mentre in presenza di rame il ferro organico è efficace, ma meno efficace di quello inorganico. R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Passaggio nel Corpo Sanitario Militare. — Al dott. S. C. da A. i. C.:

Tutti gli anni, verso l'aprile, il *Giornale Militare Ufficiale* pubblica, con apposita circolare, le norme per la nomina a sottotenente di complemento nel Corpo Sanitario.

La circolare di cui trattasi, quest'anno è apparsa nella dispensa 17ª del detto Giornale (circolare 190 della Direzione Generale Personale Ufficiali del 14 aprile 1932-X).

In essa si prescriveva che gli ufficiali inferiori di complemento, aspiranti alla nomina di sottotenente medico di complemento nel Corpo sanitario, dovevano far pervenire alle competenti Direzioni di Sanità Militare, non oltre il 1° maggio del c. a., apposita domanda, redatta in carta da bollo da L. 5, corredata dal diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, ovvero dalla laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924, o, ai sensi dell'articolo 6 del R. Decreto 31 dicembre 1923 n. 2909, entro il 31 dicembre 1925.

I prescritti esperimenti dovevano aver luogo in un'unica sessione il 1° giugno presso le direzioni di Sanita Militare, alle quali gli aspiranti dovevano presentarsi muniti di un documento di identificazione personale.

Conseguita la nomina, rimaneva l'obbligo di compiere un mese di servizio nel Corpo Sanitario entro un anno dalla data della nomina, con rilascio di esplicita dichiarazione impegnativa.

Per questo anno, dunque, sono elassi i termini per la domanda, onde è da attendere che si pubblichi nell'anno prossimo una circolare analoga a quella di cui si sono sopra riassunti gli estremi. L'aspirante può mettersi in rapporto col proprio Distretto per avere a suo tempo conoscenza di tale pubblicazione. V. D. B.

Al dott. F. Bartoli:

Sull'epurazione biologica delle acque di fogna, non esistono, in italiano, opere posteriori a quelle di Rizzi (con lo stesso titolo) e di Laccetti (Fognatura biologica) entrambe edite da U. Hoepli, una quindicina d'anni or sono.

Veda: S. H. Adams: *Modern sewage disposal and hygiene*, E. and F. N. Spon ed. London, 1930; H. Bach: *Die Abwasserreinigung*, R. Oldenbourg ed. München u. Berlin, 1927.

Veda inoltre i consueti trattati e manuali di igiene, nonchè i periodici di igiene (*Annali di Igiene*, *Igiene moderna* ed altri) in cui si vengono pubblicando lavori sull'argomento; ultimamente sono stati pubblicati, nei due citati periodici, degli studi di P. L. Fiorani Gallotta. *fil.*

All'abb. n. 12560:

Sulla fecondazione artificiale, veda la risposta data sul n. 8 di quest'anno (22 febbr., pag. 313). *fil.*

VARIA.

Rabdomanti e rabdomanzia.

Un congresso tenutosi nello scorso aprile a Verona (il terzo della serie in Italia) ha richiamato l'attenzione sulla questione della rabdomanzia. In realtà, già da qualche tempo questa non è più considerata con quel certo sorriso a cui si accenna generalmente alle scienze occulte, ma è stata anche studiata da un punto di vista scientifico ed è entrata abbastanza largamente nella pratica, sicchè non sono pochi, oggi, i rabdomanti di professione.

A tutti è noto in che cosa essa consista, cioè nella particolare sensibilità di alcuni individui di avvertire l'esistenza di acque sotterranee. Il mitico gesto di Mosè che con la bacchetta fa sgorgare le acque è forse — trasformato dalla leggenda — la prima manifestazione rabdomantica che ricordi la storia.

Anche oggi, la bacchetta costituisce lo stru-

mento professionale della maggior parte dei rabdomanti; essa è per lo più di legno, ma possono usarsi anche altre sostanze; alcuni consigliano l'uso di bacchette variamente colorate, in quanto che il colore avrebbe azione selettiva sulle varie sostanze che si ricercano (acqua, metalli, idrocarburi, ecc.). Un altro strumento usato è il pendolo tenuto liberamente in mano e che si mette ad oscillare violentemente quando il rabdomante si trova sopra ad una sostanza per cui è sensibile. Secondo alcuni, bacchetta e pendolo sono del tutto superflui; essi non farebbero che rendere più sensibili i movimenti.

Il primo dubbio che sorge, quando si sente parlare di rabdomanzia, è che si tratti di illusione o di ciarlataneria. Chi scrive ha avuto occasione di osservare all'opera un rabdomante di professione, un uomo di una cinquantina d'anni che appariva del tutto normale, di coltura non superiore a quella di un contadino dell'Italia settentrionale e che si esprimeva con modi e parole del tutto semplici.

Per procedere alle sue operazioni, egli si tolse dapprima dalle tasche l'orologio e le monete metalliche che — a suo dire — gli avrebbero aumentato eccessivamente la sensibilità. Presa poi una bacchetta di legno verde, leggermente arcuata in avanti, tenuta stretta nelle mani, con avambracci in supinazione e le braccia strette al torace, incominciò a camminare sul terreno, poggiando i piedi con la cautela di chi saggia la solidità del terreno prima di appoggiarvi la pianta. Dopo un certo numero di passi, le braccia furono agitate da scosse che andarono aumentando fino a divenire delle contrazioni tonico-cloniche violente, estese principalmente all'arto superiore, ma con delle scosse anche nel resto del corpo, che tendeva a curvarsi in avanti. Oltrepassata la zona, i fenomeni andarono esaurendosi.

L'individuo appariva acceso in volto ed in copioso sudore; in due esperimenti, il polso salì da 92 e 96, rispettivamente a 164 e 132; i respiri, da 16 e 22 a 32 e 40. Nel secondo esperimento le contrazioni furono tanto forti da spezzare la bacchetta.

Ritornato poi nella zona in cui egli aveva « sentito l'acqua » e messosi in posizione curva, ebbe contrazioni che gli spinsero la bacchetta sul ginocchio per un certo numero di volte, in base al quale, il rabdomante indicò la presenza di due falde di acqua a diverse profondità, che furono poi effettivamente riscontrate con un errore non notevole.

Alla fine, l'individuo appariva sensibilmente stanco. Egli stesso riferiva che non avrebbe potuto fare più di 2-3 prove al giorno perchè ne sarebbe rimasto esaurito.

Qualunque sia l'interpetrazione da darsi ai fenomeni obbiettivi, questi non possono negarsi. Nè d'altra parte — tanto più oggi che con particolari artifici possiamo dimostrare la grande quantità di radiazioni sempre presenti nello spazio — appare fuori di luogo la possibilità che alcuni organismi (e la sensibilità rabdomantica è più diffusa di quanto si crede) agiscano come dei « detector » per alcune vibrazioni. Del resto, alcuni strumenti ideati recentemente dai geofisici forniscono indicazioni analoghe.

Le difficoltà incominciano quando si deve determinare da che cosa siano provocate tali vibrazioni. La presenza quasi costante di vene acquee nel sottosuolo ha fatto attribuire principalmente a queste le dette vibrazioni che però, come si è accennato, possono essere date anche da metalli, petrolii, ecc.

Ora, se è vero che spesso il rabdomante indica realmente la presenza di una data sostanza (alcuni fra di essi godono larga fiducia), bisogna convenire che non sono rari gli errori.

Così, l'ing. Colacicco ha riferito che in diverse ricerche di acqua eseguite in Puglia ed in Capitanata, nonostante le asserzioni dei rabdomanti le perforazioni spinte anche a notevoli profondità (250 m. ed oltre) hanno dato risultati negativi. Ancora più sconcertanti sono state le risposte date dai rabdomanti negli esperimenti fatti dopo il Congresso di Verona su un terreno per il quale era perfettamente noto ciò che si trovava in profondità.

Nell'investigazione di questi fenomeni, è quindi anzitutto necessario lo studio empirico dei fattori e la determinazione dei fattori che determinano il fenomeno rabdico. Le comunicazioni che si hanno a questi Congressi, dalla fisonomia quanto mai svariata, si perdono per lo più in affermazioni generiche esposte con uno stile spesso enfatico. Si arriva talvolta a conclusioni che sembrano sbalorditive, come quella del Padre Randoald che attribuisce molte malattie del bestiame (fra cui l'afta e l'aborto epizootico) alla presenza di correnti sotterranee!

E gli scienziati che intervengono a tali Congressi — cito fra i medici il Prof. F. Cazzamalli ed i Dottori G. Gori ed E. Casu — rivolgono le loro indagini, più che altro, sulla natura del fenomeno e sulla sua interpretazione, con grande sfoggio di vedute teoriche sull'elettromagnetizzazione, sulla jonizzazione, ecc. Tutte questioni interessanti dal punto di vista teorico, ma che mancano della base necessaria che sarebbe data soltanto dalla indispensabile precisione dei fattori e delle condizioni che determinano il fenomeno.

Raccolta di dati sicuri, ben controllati e studio empirico dei fatti; così impostato il problema, con uno studio accurato e serenamente obbiettivo, si potrà arrivare a fissare i limiti nei quali alla rabdomanzia si può prestar fede, il che è anche essenziale dal punto di vista delle applicazioni pratiche.

A. Filippini.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

53° *Dottor* L. F. — Contro i provvedimenti del Prefetto concernenti la costituzione e la cessazione dei consorzi, la legge ammette espressamente il ricorso degli enti interessati al Ministero dell'interno. Non è previsto il ricorso di altri interessati; ma si può ritenere che abbia diritto di agire anche l'ufficiale sanitario consorziale. Trattandosi di provvedimento non definitivo, il ricorso deve essere diretto al Ministero dell'Interno.

54° *Dottor S. T.* — È ovvio che soltanto il medico curante possa fare le prescrizioni che egli giudica necessarie e utili e il Podestà non possa modificarle per sua iniziativa. Anche se il Podestà ne avesse competenza tecnica non potrebbe sostituirsi a chi cura l'ammalato.

Se la prescrizione fosse costosa e sostituibile, il Podestà potrebbe richiederne al medico la sostituzione. Le modificazioni da Lei indicate non sono ammissibili.

55° *Dottor A. P.* — L'ufficiale sanitario, anche se sia incaricato e non titolare del servizio di vigilanza igienica, deve provvedere, per suo dovere normale, a tutti i servizi obbligatori, tra i quali è la vigilanza igienica scolastica, entro la circoscrizione comunale.

Non ha, quindi, diritto a trasferta e indennità di viaggio, se non siano dovute per speciale disposizione del regolamento locale.

Dato che la spesa sia gravosa può chiedere un aumento della retribuzione normale o una speciale indennità per mezzi di trasporto: può sollecitare, in altri termini, un provvedimento amministrativo equo ma non può far valere un diritto.

56° *Dottor S. C.* — Se Lei fosse obbligato, per Suo dovere normale, a sostituire il veterinario, non avrebbe diritto ad indennità. Ma tale obbligo dovrebbe essere stabilito dal regolamento locale. Essendo istituito il posto di veterinario e la sostituzione temporanea essendo necessaria perchè la sede è vacante, sino all'esito del concorso, è da ritenere che Lei non debba prestare questa opera di sostituzione per dovere normale dell'ufficio, e, quindi, abbia diritto a compenso, se, ripeto, l'obbligo non risulti dalle norme del regolamento locale. Peraltro, sembra che il Podestà non disconosca il diritto ad un compenso: vorrebbe soltanto differirne la liquidazione al momento della cessazione della prestazione straordinaria. Ma non mi sembra giustificato questo proposito di rinvio quasi *sine die*. Anzitutto, è logico ed opportuno che la misura dell'indennità sia stabilita con regolare deliberazione. Il pagamento potrà essere eseguito alla fine del semestre o dell'anno e, in caso di necessità di bilancio, potrà essere anche differito: ma il diritto deve essere riconosciuto formalmente e precisato.

57° *Dottor F. S.* — Non si può ritenere che l'obbligo di versare il contributo alla Cassa di Previdenza equivalesse ad una riduzione dello stipendio, la quale, oltre tutto, sarebbe stata illegittima perchè con forma dissimulata sarebbe stato modificato il trattamento economico regolarmente stabilito.

D'altra parte, non essendo Lei iscritto, l'obbligo era senza causa. È da ritenere, quindi, che il Comune debba rimborsare le quote indebitamente trattenute.

58° *Dottor F. G.* — Evidentemente il Podestà tollera una condizione di cose non normali per considerazioni di pietà. Ma è certo che il servizio ne è pregiudicato. Lei ha soltanto i doveri di un libero esercente: non è obbligato, s'intende, a prestare assistenza sanitaria gratuita. In genere, il professionista non può rifiutare la sua opera se non abbia un *legittimo* motivo: tale è, per es., il precedente inadempimento dell'obbligo di pagare la remunerazione dovuta.

Quando, però, si tratti di soccorsi necessari ed urgenti, l'obbligo è rafforzato e non può essere *condizionato* alla remunerazione.

59° *Dottor G. S.* — La vigilanza igienica scolastica, anche fuori dell'abitato, o in frazioni, è un dovere normale dell'ufficiale sanitario. Non spetta, quindi, uno speciale compenso, con qualsiasi forma o indennità per mezzi di trasporto, se non sia prevista nel regolamento locale.

Dato che la prestazione sia onerosa, anche dal punto di vista delle spese che l'ufficiale sanitario deve fare, può chiedere al Comune, e, se del caso, alla G. P. A. o l'aumento della indennità ordinaria o una indennità per mezzi di trasporto.

60° *Dottor G. P.* — Agli effetti della partecipazione al concorso, non è necessario che il medico condotto presenti le dimissioni prima della domanda di ammissione. La incompatibilità si manifesterebbe nel momento della nomina, e, quindi, dovrebbe cessare allora. Al più, si potrebbe pretendere una dichiarazione preventiva, ma successivamente al risultato del concorso e prima della deliberazione di nomina. A me pare, quindi, che sia illegittimo il provvedimento di esclusione.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACIREALE (*Catania*). — Scad. 22 ag.; per Santa Venerina; L. 7920 già decurtate del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1200 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

AMASENO (*Frosinone*). — Scad. 10 ag.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BARI. *Amministraz. Prov.* — Scad. 3 sett., ore 12; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000 oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; eventuale partecipaz.; tassa L. 50, al Cassiere provinc.; doc. a 3 mesi dall'1 lug. Chied. avviso e regolam. (questo importa L. 2) alla Segreteria generale.

CIVITELLA-PAGANICO (*Grosseto*). — Scad. 30 sett.; L. 8536 già ridotte del 12 %, oltre L. 616 per gli ammogliati, 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

COLLALTO SABINO (*Rieti*). — Scad. 11 ag.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2600 trasp., L. 440 uff. san.; età lim. 25-34 a.; tassa L. 50.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 16.000, suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo, oltre il supplemento di servizio attivo del dieci per cento: il tutto lordo della riduzione del 12 per cento di cui al R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1806-1491. Titolo di studio: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, od in chimica industriale conseguito entro il 31 dicembre 1924 o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

IMOLA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 16 ag.; direttore del Manicomio di S. Maria della Scaletta; L. 16.000 e 6 trienni dec., oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; abitaz. gratuita; età lim. 40 a.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9500 e tre quadrienni di lire 700; oltre servizio attivo L. 1700; indennità caroviveri e compartecipazione utili. Ritenuta e riduzione come per legge. Documenti di cui all'art. 8 R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. Cartolina vaglia L. 50,10. Scadenza ore 12 del quindici settembre 1932. Obbligo della residenza fissa nel capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria generale.

LUCCA. *Comune.* — Scad. 30 sett.; 6° circond.; L. 8000 oltre 5 quinquenni dec., L. 300 serv. att., L. 1500 trasp.; da decurtarsi del 12 %; c.-v.

MATERA. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Matera e del dipendente Dispensario Provinciale. Stipendio iniziale netto L. 16.000 annue, aumentabile di un ventesimo ogni biennio e per otto bienni, oltre una indennità di servizio attivo di L. 2000 annue. Lo stipendio è soggetto alle ritenute per l'imposta di R. M. e compl. nonchè al contributo di iscrizione alla C. P. per i sanitari; le indennità sono soggette soltanto alla ritenuta di R. M. Chi intende prendere parte al concorso dovrà presentare o far pervenire, non oltre le ore diciotto del 31 agosto 1932, istanza in carta da bollo da L. 3 diretta al presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Matera, corredata dai documenti di rito. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio (palazzo dell'Amministrazione Provinciale).

MONTESCAGLIOSO (*Matera*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 7000; supplemento servizio attivo L. 1700; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge; cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale. Età minima anni 21, massima 40, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito su competente bollo ed ove occorra legalizzati, corredati della domanda e del vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso o della quietanza relativa. Assunzione servizio entro un mese sotto pena di decadenza, salvo impedimenti legali. Scadenza ore diciotto del 15 settembre. Chiarimenti alla Segreteria.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Scad. 16 ag.; 2 assistenti medicina e 1 tubercolotici e infettivi; L. 4500, oltre L. 600-1440 c.-v., alloggio, indennità varie; età lim. rispett. 35 e 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria.

PIETRAMARAZZI (*Alessandria*). — Scad. 15 sett.; L. 7000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 800 ambulat.; età lim. 45 a.

ROMA. *Ministero dell'Interno* (*Direzione Generale della Sanità Pubblica*). — È prorogato al 15 agosto il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per esami a 24 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe in prova nell'Amministrazione della Sanità Pubblica. Per informazioni rivolgersi alle Prefetture del Regno.

S. ANGELO DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 4 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 sett., ore 21; capoluogo; L. 8000 oltre L. 1000 direz. Ospedale Civile e chirurgo primario, c.-v.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 30 giu.; tassa L. 50,10.

SIRACUSA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 15 sett.; direttore; L. 22.000 elevabili a L. 25.000 per effetto di due aumenti quadriennali; riduz. 12 %. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

SUARDI (*Pavia*). — Scad. 31 ag.; L. 10.000 oltre c.-v., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

TAURIANUOVA (*Reggio Cal.*). *Ospedale « Principessa di Piemonte ».* — Scad. 15 ag.; chirurgo primario; L. 13.500 oltre L. 2800 incarico direz. e partecipaz. 60 % atti operativi a pagam. — Medico

primario; L. 12.000 e partecipaz. 60 % cure a pagamento. — Aiuto Sez. Medicina e aiuto Sez. Chirurgia; L. 7000 e partecipaz. 10 %. — Chied. annunzio alla Congregaz. di Carità.

TORELLA DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 6500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

TORINO. *R. Opera di Maternità* — Scad. 31 ag.; medico chirurgo ostetrico primario; L. 3000; nomina biennale salvo conferma; età lim. 50 a. Rivolgersi Segreteria.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti*. — Scad. 20 ag., ore 17,30; chirurgo primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 non aumentabili; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 16 lug.; tassa L. 50 al Tesoriere. Chiedere annunzio.

VICENZA. *Ospedale Civile*. — Scad. 31 ag., ore 18; chirurgo aggiunto; titoli ed eventualm. esami; L. 6000, riduz. 12 %, compartecipaz. 20 %; nom. biennale, conferme quinquennali; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 21 giu.; tassa L. 50,10 al Tesoriere. Chied. annunzio.

VILLAFRANCA TIRRENA (*Messina*). — Scad. 15 ag.; L. 10.000 oltre L. 2000 cavalc.; riducibili 12 %.

VOLTAGGIO (*Alessandria*). — Scad. 15 sett., ore 18; L. 7000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.

VOLTERRA. *Frenocomio di S. Girolamo*. — Scad. 4 ott.; 2 medici di sezione; età lim. 35 a. al 4 lug.; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; L. 11.600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 alloggio, L. 1200 serv. att., 2 c.-v.; decurtaz. 12 %; tassa L. 50,10 al Tesoriere della Congregaz. di Carità (Cassa di Risparmio di Volterra). Un anno di lodevole servizio in Manicomio o Clinica psichiatrica. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

CONCORSI A PREMI.

Concorso per ufficiali medici.

Assegnazione di un premio di L. 2000 alla migliore memoria redatta da ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina sul tema: « L'educazione fisica in rapporto allo sviluppo somatico della gioventù ed alle esigenze della vita militare; modificazioni varie fisiologiche indotte da quest'ultima nel giovane soldato ». L'estremo limite di tempo per la consegna delle memorie alla Direzione generale della Sanità Militare, è fissato al 31 dicembre 1933.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Piero Caccialupi è stato dichiarato vincitore del concorso a primario oto-rino-laringoiatra degli Ospedali Riuniti di Roma. La Commissione era composta dei proff. Antonucci C., Bilancioni G., Frugoni C., Geronzi G., Liebman G. presidente.

I nostri vivi rallegramenti al valoroso collega.

All'Ospedale Civile di Chieti sono nominati i proff. Sertorio Marinacci chirurgo primario, Augusto Natali medico primario (l'uno e l'altro riusciti primi in graduatoria). Cordiali felicitazioni.

Il Consiglio della Facoltà medica di Bordeaux ha designato alla cattedra d'idrologia terapeutica e di climatologia: in 1° luogo il prof. Creyx; in 2° luogo il prof. Aubertin.

Il dott. Juan José López Ibor è nominato professore di medicina legale e tossicologia all'Università di Santiago (Spagna).

Il prof. Roberto Landivar, clinico urologo, è nominato rettore dell'Università di Sucre (Bolivia).

Il prof. Ludwig F. Meyer, medico direttore dell'orfanotrofio e brefotrofio di Berlino, è nominato membro d'onore della Società pediatrica di Toronto (Canadà).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Notizie dall'Università di Padova.

Col venturo anno accademico questa Facoltà di Medicina perderà due suoi preziosissimi insegnanti, il prof. Luigi Torraca ed il prof. Italo Simon.

Il primo, proveniente dalla Scuola Napolitana, insegnò la patologia chirurgica a Sassari di dove passò all'Ateneo padovano per lo stesso insegnamento. Ora, chiamato all'Università di Napoli, ha data la preferenza alla sede partenopea facendo ritorno alla città natale.

Il prof. SIMON, allievo del compianto Luigi Sabbatani, insegnò farmacologia all'Università di Pavia di dove passò a Padova succedendo al Maestro suo nella stessa cattedra. Ora, indottovi da motivi famigliari, lascia la sede padovana per quella di Pisa dove fu chiamato con voto unanime della Facoltà. PLF

NOTIZIE DIVERSE.

6° Congresso internazionale di eugenica.

Ricordiamo che avrà luogo a New York dal 22 al 23 agosto, nel Museo Americano di Storia Naturale (77th Street and Central Park West); ad esso farà seguito, dal 24 al 31 agosto, in Ithaca (Stato di New York), il 3° congresso internazionale di genetica. I due congressi sono strettamente collegati. A quello di eugenica sarà annessa una mostra, che rimarrà aperta dal 22 agosto al 22 settembre. Il 21 agosto si farà un'escursione al « Cold Spring Harbor » (ove hanno sede la Sezione di genetica dell'Istituto Carnegie, l'Ufficio di documentazione di eugenica, e la Stazione sperimentale sull'evoluzione). Rivolgersi al segretario Harry H. Laughlin, Cold Spring Harbor, Long Island, N. Y., S. U. d'A.

3° Congresso internazionale di patologia comparata.

Doveva adunarsi in quest'anno a Buenos Aires, ove sarebbe stato organizzato dall'Accademia Nazionale di Medicina. Erano stabiliti i seguenti temi di discussione: le brucellosi, la rabbia, le leishmaniosi, le elmintiasi, la peste. Per le relazioni erano anche stati inoltrati gl'inviti a parecchi studiosi stranieri. A causa della crisi economica generale, però, parecchi di questi studiosi hanno declinato l'invito. Tale circostanza ha indotto il Comitato organizzatore a dilazionare il Congresso; la data di esso verrà ulteriormente fissata.

1° Congresso internazionale sul linfatismo.

Viene organizzato dalla « Société de Médecine de La Bourboule », sotto gli auspicî dell'Università e della Scuola preparatoria di medicina e farmacia di Clermont-Ferrand e si terrà a La Bourboule nel giugno 1934. L'ufficio del Congresso è così costituito: presidente onorario prof. Marfan; presidenti effettivi proff. Nobécourt, Lereboullet, Castaigne; vice-presidenti proff. Mouriquand, Lemaitre, Villaret; segretario generale Dr. E. Sauzet (La Bourboule, Puy-de-Dôme, Francia).

100° Congresso medico britannico.

La riunione che la « British Medical Association » tiene tutti gli anni, in una città della Gran Bretagna o dei Dominî britannici, ha assunto quest'anno speciale solennità, in quanto ricorre il centenario dell'Associazione. Questa difatti venne fondata nel 1832, dal dott. Charles Hastings, a Worcester, col titolo di « Provincial medical and surgical association », il quale fu poco dopo cambiato nel titolo attuale.

L'Associazione conta ora 36.000 membri; ha sede a Londra in un sontuoso palazzo proprio, che fu inaugurato nel 1925; dispone di un capitale di circa 20 milioni di lire it. per scopi corporativistici e di assistenza. Ha carattere scientifico e professionale insieme e gode di un grande prestigio.

Il Congresso si svolge a Londra dal 21 al 26 luglio (mentre andiamo in macchina), in sedute plenarie e di Sezione. Vi sono trattati importanti problemi.

Un banchetto, tenutosi alla « Albert Hall » ha adunato 2000 persone.

Ne daremo ulteriori notizie

11° Congresso belga di neuropsichiatria.

È indetto per i giorni 24 e 25 settembre a Gand. Temi: « Turbe del ricambio organico negli stati melanconici ed ansiosi », relat. C. Massaut; « Le encefaliti non suppurate nel fanciullo », relatori Meunier, Fonteyne, Ludo Van Bogaert e R. Ley. Chiedere programmi e informazioni al segretario generale, rue Beekmon 18, Liége, Belgio.

Congresso medico cinese.

Questo congresso era stato indetto a Sciangai per il mese di aprile e doveva essere seguito da una conferenza sulla lebbra; ma, a causa della situazione militare e politica, le due riunioni sono state rimandate.

Lega italiana contro il cancro, Sezione di Trieste.

La Sezione di Trieste della Lega Italiana contro il cancro ha tenuto due interessanti adunanze, il 3 e il 17 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Mann, assistito dal segretario dott. G. Macchiaro. Furono fatte varie comunicazioni e presentazioni di casi, dai soci Lovisato, C. A. Lang, G. Manzutto, M. Cortan, P. Iacchia, E. Ferrari; alcune dettero origine a esaurienti discussioni.

Società medico-chirurgica degli Abruzzi.

Si è adunata il 4 giugno a Lanciano, nei magnifici locali dell'Ospedale Civile Renzetti a Villa delle Rose, sotto la presidenza del prof. Gasbarrini. Il prof. Paolucci svolse una relazione sulle perforazioni da ulcera gastrica e duodenale; il prof. Busi illustrò l'importanza dell'indagine radiologica nei disturbi funzionali del sistema digerente; il prof. Paolucci tenne una seduta operatoria.

Come abbiamo già annunziato, il I Congresso medico abruzzese è indetto ad Aquila per la metà del prossimo settembre.

Nuova Società chirurgica spagnola.

La « Sociedad Española de Cirugía » è stata costituita ad iniziativa del dott. Goyanes, già direttore dell'Istituto del cancro di Madrid. La quota d'iscrizione è piuttosto elevata, perchè gl'introiti sono destinati alla pubblicazione di un periodico, organo della Società. Per l'iscrizione si richiede un minimo di requisiti.

Scuola medica ospedaliera di Napoli.

Dal 4 novembre al 10 dicembre corrente anno, avrà luogo nella Scuola Medica Ospedaliera (Ospedale Incurabili) il solito corso di perfezionamento in medicina, chirurgia e specialità.

Le iscrizioni si ricevono alla Porta Maggiore dell'Ospedale Incurabili dall'Ispettore sig. Giuseppe Renzi, dal quale potranno attingersi tutte le altre notizie necessarie, non escluse quelle relative all'orario delle varie lezioni.

Per il titolo di specialista.

La Commissione giudicatrice per il riconoscimento della qualifica di specialista nei diversi rami della medicina è stata così costituita: prof. Cesare Frugoni presidente, proff. Giovanni Perez, Lorenzo Cherubini, Eugenio Gasparro, dott. Antonio Morelli, capo divisione al Ministero dell'Educazione Nazionale; la Commissione ha facoltà di aggregarsi un esperto con voto consultivo per ogni singola specializzazione.

Diplomati "specialisti in medicina del lavoro".

Presso la Scuola di Perfezionamento in Medicina del Lavoro della R. Università di Roma, nella sessione di luglio, sono stati diplomati « specialisti in medicina del lavoro » i dottori: Mario Aprosio, Eugenio De Negri, Salvatore Finocchiaro, Mario Fontana, Samuele Karanich, Adriano Polacco, Giovanni Simoncelli.

Nuovo Istituto neurologico all'Università di Montreal.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato 1.232.652 dollari, pari a circa 24 milioni di lire it., all'Università McGill di Montreal (Canadà), per un nuovo istituto neurologico. Altri 150.000 doll., pari a 3 milioni di lire it., sono stati raccolti allo stesso scopo da amici dell'Università e dagli amministratori. L'Istituto comprenderà varie sezioni: fisiologia, patologia sperimentale, clinica neurologica, neuro-chirurgia; sarà collegato col Reale Ospedale Vittoria e con vari altri istituti, mediante una galleria sotterranea. Costituirà un « Centro neurologico », cioè una unità d'ordine superiore ai comuni istituti. Alla direzione generale è stato chiamato l'attuale professore di neurologia alla stessa Università, dott. Wilder G. Penfield.

Per le ricerche sul cancro.

Un filantropo americano che vuol serbare l'incognito ha elargito all'Università di Gottinga (Germania) una somma ingente, che assicurerà l'inte-

resse annuo di 100.000 marchi (circa mezzo milione di lire it.), destinati a ricerche sul cancro.

Il sig. W. H. Donner, magnate dell'industria dell'acciaio a Villanova (Pennsylvania), ha istituito, in memoria del figlio, un fondo di 2 milioni di dollari (circa 40 milioni di lire it.), per promuovere le ricerche sul cancro. Questa somma non dev'essere destinata ad erigere istituti o laboratori, ma a sovvenire studiosi, mediante il reddito annuale. Non più del 50-60 % del reddito potrà essere assegnato a studiosi degli Stati Uniti, e non più del 35 % a un solo studioso. Per eventuali informazioni rivolgersi a: Thomas S. Gates, LL. D., president of the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

Elargizioni.

La Cassa di Risparmio di Rimini ha elargito 400.000 lire per la costruzione di un nuovo Padiglione per tubercolotici, da intestarsi a Vittorio Emanuele III.

Il capo del Governo ha concesso una sovvenzione di 85.000 lire alla Arciconfraternita ed Ospedale della SS. Trinità dei Pellegrini in Napoli.

Per i caduti in guerra della Croce Rossa a Bologna.

Sulla facciata della sede della Croce Rossa a Bologna, è stata scoperta una lapide a ricordo degli ufficiali, delle infermiere volontarie e dei militi della Croce Rossa appartenenti alla circoscrizione morti in servizio durante la guerra. Il cardinale arcivescovo Naselli Rocca impartì la benedizione; parlarono il sen. Gallenga a nome del presidente della Croce Rossa, il ten. Valerio per il Comitato promotore e il col. Passi che tenne il discorso commemorativo. Alla cerimonia intervennero il prefetto e altre autorità.

Per il dott. Balestra.

Il dott. Angelo Balestra, primario medico nell'Ospedale Maggiore di Parma, lascia il posto dopo 27 anni di servizio; nell'occasione gli è stata offerta una medaglia d'oro dal personale medico dell'Ospedale e l'insigne sanitario è stato oggetto di una cordiale manifestazione di stima e di affetto.

Infortuni di sanitari.

Un'automobile che trasportava i proff. Aldo Lesi e Italo Cavallini e il dott. Augusto Zaccaria, nei pressi di Faenza cozzava contro un'altra macchina; i tre medici vennero sbalzati sulla strada; i primi due riportarono ferite non gravi; il terzo dovette essere ricoverato in ospedale con prognosi riservata per frattura ad una costola e lesione a un rene.

Viaggio avventuroso di cinque grammi di radium.

Cinque grammi di radium sono stati inviati da Washington all'Ospedale Bellevue di New York; hanno viaggiato in un vagone speciale, interamente occupato da agenti di polizia; sono passati, poi, in un autocarro blindato, circondato da agenti in pieno assetto di battaglia. Rappresentano il valore di 750 mila dollari. Erano racchiusi in un tubo di platino del valore di 50 mila dollari. (Il valore complessivo dell'invio risulta di 15 milioni di lire it.).

Terme di Chianciano.

Le Terme di Chianciano (linea Roma-Firenze) specializzate per la cura delle malattie del fegato e delle vie biliari, accordano per la stagione 1932 (1° maggio-31 ottobre) le seguenti facilitazioni ai signori medici, farmacisti e persone di loro famiglia:

1) Tessera completa per il Parco delle bibite e per lo Stabilimento bagni e fanghi di Sillene: ai signori medici inscritti nell'albo; alle mogli dei signori medici;

2) Tessera per il Parco delle bibite: ai sigg. farmacisti inscritti al Sindacato Nazionale dei Farmacisti; ai genitori a carico dei sigg. medici; ai figli minorenni a carico dei sigg. medici;

3) Riduzioni del 10 % sugli abbonamenti sia semplici che cumulativi con bagni di 1ª e 2ª classe: ai genitori non a carico dei sigg. medici; alle mogli dei sigg. farmacisti.

Le relative tessere si ritirano, previo riconoscimento, in Bagni di Chianciano, presso la Direzione degli Stabilimenti ove, preavvertendo dell'arrivo, potranno trovarsi già pronte.

La visita medica di prescrizione di cura è obbligatoria solamente per i clienti (esclusi sempre i sigg. medici e farmacisti) che richiedono cura di fanghi o necessitano di accompagnamento al bagno.

Poco dopo aver prestato la sua opera professionale ad una malata, si abbatteva, colpito da un accesso di angina pectoris, il dott. PIETRO AMBROGETTI, medico condotto del Governatorato di Roma.

Durante i suoi 63 anni di vita si prodigò senza limitazioni. Ricordiamo che fu un pioniere — apprezzatissimo — della lotta antimalarica; che prestò con grande abnegazione, a due riprese, la propria opera nell'Ospedale di Santa Sabina per l'isolamento dei contagiosi, vivendovi come recluso; che prese parte molto attiva alla campagna anticolerosa in provincia di Campobasso durante il 1892. Fu all'assedio di Agordat, ove si distinse per atti di valore e dette vere prove di eroismo. Venuta la grande guerra, andò volontario e dall'inizio alla fine prestò servizio negli ospedaletti da campo in prima linea.

Di vasta e varia e ricca cultura (specializzata nel campo archeologico), di raro talento professionale, di squisita bontà, raccolse larghe prove di estimazione, di gratitudine e di simpatia. Dimostrò di quale tempra possano essere i medici condotti e quali fastigi essi siano in grado di raggiungere: apparteneva alla parte più eletta della professione e onorava la famiglia medica. Modestissimo, nel testamento ha disposto di essere sepolto nel campo comune; dichiara: « ho vissuto sempre tra i poveri e nella morte voglio, felice, restare fra loro ». L. P.

Si è spento a Napoli il gr. uff. dott. Emilio Di Tommasi, direttore sanitario delle Terme di Agnano, medico onorario della Real Casa, console della Repubblica di Bolivia. Per un trentennio consacrò la sua operosità allo sviluppo delle Terme di Agnano.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rif. Med., 26 mar. — L. SANGUIGNO. Parotite postoperativa.

Bull. Ac. de Méd., 22 mar. — A. NITTER. Il tifo endemico dell'uomo e del ratto.

Zeit. f. Tuberk., apr. — Il processo di Lubecca.

Paris Méd., 2 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Giorn. di Tisiol., 31 mar. — G. DI BELLO. Dimostraz. di forme visibili dell'ultravirus tbc.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, gen. — E. DE BERNARDO e M. RANALICO. Profilassi immunitaria della varicella. — A. FITALE. Funzionalità renale.

Riv. di Pat. e Clin. d. Tuberc., 31 mar. — F. GUERCIO. Linfotropismo polmon. del bacillo tbc. — G. FERRANDO. Cura del pio-pneumotorace.

Amer. Journ. of Cancer, mar. — E. B. WILSON e H. C. MAHER. Cancro e tbc. — C. N. MYERS e B. THRONE. Alterazioni del sangue nei tumori maligni. — M. e W. REED LEWIS. Inattivaz. di virus oncogeni mediante colori d'anilina.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 apr. — M. PÉHU e J. VALIN. Trattam. dell'asma bronchiale.

Lancet, 9 apr. — C. C. OKELL. Gli streptococchi emolitici.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 apr. — F. CORNELIO. Una strana epidemia.

Morgagni, 3 apr. — G. BONCIANI. Anemia dei nefritici.

Deut. Med. Woch., 8 apr. — STRAUB. Emodinamica clinica. — EPPINGER. Sintomatologia dell'angina pectoris. — HEGLER. Cambiamenti delle malattie.

Med. Welt, 9 apr. — BOHN. Regolazione nervosa e chimica della circolaz. — LEPHNE. Malattie delle vie biliari senza calcoli. — SLAUCK. Ormone epatico nel trattam. dell'asma.

Sang, 4. — C. BISCALOGLU e al. Streptococcia e sindrome agranulocitica tipo Schultz.

Münch. Med. Woch., 8 apr. — THOM. Colecistografia orale. — HALLERVORDEN. Patogenesi e terapia della sclerosi multipla.

Presse Méd., 6 apr. — PASTEUR VALLERY-RADOT e al. Anafilassi passiva locale.

Klin. Woch., 9 apr. — H. EPPINGER. Il complesso sintomatico post-operativo. — P. MORAWITZ e R. MANCKE. La diagn. precoce di cirrosi epatica.

Soc. d. Hôp., 28 mar. — C. RICHETF e al. Emottisi tubercolari e trasfusione. — C. AUBERTIN. Malaria e leucemia mieloide.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — V. GRONCHI. Ulcera gastr. da alimentaz. insuffic. — P. DOGLIO. Coloraz. rapida del bacillo di Koch nell'espettorato.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 8 Agosto 1932 - X Num. 32

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA.
PADIGLIONE FLAJANI
diretto dal Primario Prof. A. CHIASSERINI.

Sugli ascessi spinali epidurali.

A. CHIASSERINI.

Non vi è dubbio che, mentre gli ascessi, sviluppantisi all'infuori della dura cerebrale, sono relativamente frequenti, le infezioni purulente dello spazio epidurale spinale sono molto rare: almeno a giudicare dai pochi casi pubblicati.

Così nella edizione del 1908 del libro di Oppenheim sulle malattie dei nervi si legge che... « le infiammazioni, che si svolgono sulla faccia esterna della dura spinale sono quasi sempre secondarie e non hanno uno speciale interesse clinico », e, più avanti... « anche le suppurazioni perimeningee occorrono molto raramente (osservazioni di Mollière, Deléade, Chipault, Buck); tuttavia in un caso il processo suppurativo aveva invaso il tessuto perimeningeo per quasi tutta la estensione del midollo ».

E, nel recentissimo Trattato di Nordmann e Kirschner « Die Chirurgie », Heymann, che ha redatto il Capitolo sulle malattie chirurgiche del midollo spinale, dedica solo un brevissimo paragrafo agli ascessi epimeningei.

Un interessante articolo su questo argomento fu scritto da Dandy nel 1926: egli vi raccoglieva 10 casi di ascessi epidurali raccolti dalla letteratura.

Quest'anno è comparso un lavoro di Craig e Doyle, i quali portano un caso personale e raccolgono altri 4 casi non compresi fra quelli di Dandy: vi è citato anche l'osservazione pubblicata da Pulvirenti nel 1921.

È assai probabile che qualche caso sia sfuggito alle ricerche di questi AA. Sfogliando per esempio alcuni giornali ho trovato una osservazione di Sillevis Smitt di Utrecht pubblicata nel 1929.

Ma ciò non ha importanza: resta il fatto che questa affezione è molto rara.

Ma più che per la rarità della malattia, ho creduto che una breve descrizione di un caso da me recentemente osservato potesse riuscire utile quale ricordo di alcuni problemi diagnostici e terapeutici.

F. R., a. 29, meccanico. È accolto in un Reparto medico dell'Ospedale del Littorio il 18-I-1932.

È ammogliato. Ha un figlio. Nega lues ed altri mali venerei.

Nel 1925 pare abbia avuto improvvisamente una paralisi del facciale di destra. La paralisi scomparve dopo un mese. Ne è però residuato un lievissimo deficit.

Il giorno 14 gennaio corr. fu colto da febbre improvvisa preceduta da brivido. Nello stesso tempo cominciò ad accusare dolori verso la parte alta della colonna dorsale. Tale dolore, abbastanza intenso, si riacutizzava ad ogni accenno di movimento del rachide. Il dolore è perdurato nei giorni successivi, subendo delle soste e delle esacerbazioni, specie notturne.

Alvo un poco stitico. Urinazione normale. Appetito scarso.

E. O. Condizioni generali un po' depresse; sensorio integro; decubito supino obbligato; nutrizione scadente; t. 38, polso 80.

Nulla di notevole a carico degli organi toracici e addominali.

Pupille midriatiche, tardivamente reagenti alla luce. Riflessi tendinei vivaci.

Colonna vertebrale rigida; scomparsa della normale cifosi e lordosi.

Dolore vivo in corrispondenza dell'apofisi spinosa della IV vertebra D.

Negativa la prova della compressione esercitata sulle spalle e sull'occipite. Aboliti i movimenti di flessione, estensione e laterali della colonna: il paziente, per raccogliere un oggetto da terra, flette le gambe sulle coscie e queste sul bacino, tenendo completamente rigida la colonna vertebrale. Limitati i movimenti di estensione e flessione del capo; meno limitati quelli di rotazione. Urina negativa.

Durante i 3 giorni di permanenza nel Reparto medico la temperatura ha oscillato fra 37°,2 e 39°.

Un reperto radiografico in data 19 gennaio dice: « L'indagine radiologica della colonna vertebrale sembra dimostrare una lieve erosione della faccia inferiore della III V. D. dal lato destro. Il dato però merita conferma ».

In data 20 gennaio la diaria dice: addome notevolmente meteorico. Alvo chiuso da 36 ore. Non dolori spontanei. Dolore accentuato alla palpazione della fossa iliaca destra. Persiste il dolore e la rigidità vertebrale. T. 36,6; polso 68.

Chiamato l'aiuto chirurgo di guardia, questi constatò: meteorismo addominale, che persiste anche dopo somministrazione di peristaltina; arresto completo della emissione di gas e di feci; vomito biliare.

Con diagnosi di occlusione intestinale il paziente viene trasferito in chirurgia e operato d'urgenza. L'intervento consistette nella formazione di un ano cecale.

Il paziente fu da me veduto il giorno 22. La storia del malato; il suo aspetto di sofferente grave; la persistenza del dolore e della rigidità vertebrale; il fatto che il paziente non urinava da più di 24 ore mi fecero pensare che si trattasse di una lesione vertebro-spinale acuta, e che con questa fosse da mettere in rapporto la sintomatologia addominale.

Eseguita una puntura lombare in posizione orizzontale si ebbe: pressione al Claude 10; si estraggono 2 cc. di liquor nettamente xantocromico, che coagula rapidamente. La compressione delle giugulari non produce aumento nella pressione del liquor.

Il giorno 24 il paziente presenta una paraplegia completa; le sue condizioni generali si sono

FIG. 1.

notevolmente aggravate. La temperatura oscilla fra 37°,6 e 38°9; polso 134.

Nonostante che ormai la diagnosi di compressione acuta del midollo sia ben chiara, l'intervento è ritardato dal fatto che sino al giorno 26 non è possibile eseguire una radiografia previa iniezione di sostanza opaca nello speco rachideo.

In tale data si esegue una puntura sottoccipitale: si estraggono alcuni cmc. di liquor limpido (Nonne-Appelt negative); e si iniettano nello speco 2 cmc. di lipiodol.

L'indagine radiologica dimostra un arresto del liquido opaco a livello della I V. D. (v. fig.); tale arresto persiste, quantunque non sia del tutto completo.

Il paziente è operato in anestesia locale il giorno 27 gennaio. Incisione mediana estesa da C. VI a D. V. Appena incisi i muscoli della doc-

cia paravertebrale sinistra, fuoriesce all'altezza delle vertebre D. II, D. III del pus cremoso sotto tensione. Esso si è scavato degli ampi tragitti fra i muscoli delle doccie vertebrali. Sembra provenire da un orificio esistente nello spazio interspinoso fra D. II, e D. III. Laminectomia di D. I, D. II, D. III. Pus abbondante trovasi nello spazio epidurale e sembra circondare a manicotto l'astuccio durale. La dura appare fortemente iperemica. Detersione meccanica; tamponamento. Il paziente muore in serata, con sintomi di adinamia progressiva.

L'esame del pus dimostrò la presenza di numerosi stafilococchi; l'esame di frammenti delle lamine asportate non rivelò alterazioni patologiche. L'autopsia non venne concessa.

Il caso qui riassunto è un esempio tipico di infezione suppurativa assai estesa dello spazio spinale epidurale dorsale, determinata dallo stafilococco aureo, con vaste propaggini fra i muscoli delle doccie spinali.

Non abbiamo dati sicuri, per stabilire se l'infezione si sia localizzata primitivamente nel tessuto epidurale, o se ivi sia arrivata secondariamente da un focolaio ostretrico vertebrale (il reperto radiologico è assai dubbio). Nè risulta che il paziente avesse sofferto di infezioni a distanza dalla colonna vertebrale. Eccezionale, a meno che non si tratti di una infezione di un ematoma epidurale, deve essere la localizzazione primitiva di germi piogeni nello spazio epidurale. Di solito si tratta, o di diffusione del processo flogistico da osteomielite acuta delle vertebre; o di infezione metastatica da focolai lontani (foruncolosi, paterecci, ascessi, artriti, bronchiettasie infette; ulcere da decubito ecc. o da infezione pervenuta lungo le guaine dai nervi spinali, come in un caso di Braun).

Nella osservazione di Pulvirenti si parla di spondilite acuta purulenta lombare con sindrome midollare acuta, ma, se si eccettua la dolorabilità locale, e la rigidità vertebrale, mancano dati radiologici o anatomici (a giudicare almeno dal contesto del lavoro) che possano fare ammettere una infezione ossea primitiva; mentre era preesistita una foruncolosi. È perciò assai probabile che in questo caso, come in molti altri, si sia trattato di una infezione metastatica nel tessuto epidurale, così come avviene per gli ascessi pararenali.

Per ciò che riguarda la sintomatologia la malattia si è iniziata nel nostro caso, come in molti altri, con febbre e con dolori nella parte alta della colonna dorsale. E l'esame obiettivo, sin dall'ingresso del paziente nel Reparto di medicina, dimostrò, oltre al dolore alla pressione diretta sulla apofisi spinosa della IV D., rigidità della colonna e accentuazione dei riflessi tendinei degli arti inferiori.

Successivamente le condizioni generali del paziente peggiorano rapidamente; il sensorio diviene ottuso; e la improvvisa chiusura dell'alvo, con meteorismo e vomito, è interpretata come dovuta ad una occlusione: da ciò la ciecostomia.

Ma il quadro si completa rapidamente con lo instaurarsi di una ritenzione di urina prima, indi di una paraplegia.

Interessante è anche il reperto del liquor, che, ottenuto con puntura lombare, si dimostra xantocromico e rapidamente coagula; ottenuto con puntura sottooccipitale appare limpido e di costituzione normale.

Questo comportamento è ricordato anche da Sillevis e Smitt e da altri. Esso dimostra, fra l'altro, la esistenza di un blocco dello spazio sottodurale.

Credo che la puntura rachidea non debba essere eseguita che a distanza della zona, ove la compressione sulle apofisi spinose provoca dolore. Dico questo perchè è dato leggere in alcune osservazioni di ascessi epidurali a sede lombare che la puntura eseguita in sede lombare dette esito a pus. Ora, se si pensa che in questi casi, lo spazio sottoaracnoideo resta, almeno per lungo tempo, indenne, data la valida protezione esercitata dalla dura, appare evidente il pericolo di una infezione del liquor provocata dall'ago, che traversi una zona infetta, e poi arrivi nello speco rachideo.

Il reperto radiologico dell'arresto del lipiodol iniettato nella cisterna a livello della prima vertebra dorsale, confermava la esistenza di un blocco midollare, e dimostrava il limite più alto di esso.

La prognosi di queste infezioni epidurali acute è assai grave, sia per la vita, che per la funzione.

Su 14 casi raccolti dalla letteratura da Dandy e da Craig e Doyle uno solo è vissuto: quello di Pulvirenti. Sono vissuti anche il caso descritto da Craig e Doyle, e quello di Sillevis Smitt.

La prognosi dipende principalmente dalla precocità dell'intervento chirurgico; e poi dalla virulenza della infezione; forse anche dalla sede dell'ascesso, in quanto sembrano più gravi le suppurazioni, che colpiscono i segmenti alti dello spazio epidurale.

I pazienti non operati, o operati tardivamente, soccombono, o per la gravità della infezione generale (sono stati coltivati germi dal sangue), o per complicazioni midollari

(mielite trasversa e degenerazioni ascendenti); più raramente per meningite.

Appare evidente che nel nostro caso l'intervento è stato tardivo.

Bisogna tuttavia rilevare che si trattava di una infezione di grande virulenza, e che già alcuni giorni prima dell'intervento il sensorio del paziente appariva ottuso, il polso si era fatto frequentissimo, la lingua era arida.

La malattia si svolse rapidamente: in 12 giorni.

La sede della suppurazione era alta (a livello delle prime vertebre dorsali); e ciò rappresenta certamente un altro fattore di gravità: in quanto le alterazioni midollari dovute, e alla compressione, e alla intossicazione, hanno modo di diffondersi con facilità a centri di importanza vitale.

A tale diffusione si deve forse attribuire l'esito improvviso, alcune ore dopo l'intervento, che era stato condotto in anestesia locale, ed era stato assai semplice, in quanto si trovarono subito vaste raccolte ascessuali fra le masse muscolari del dorso; e rapidamente fu vuotata anche la raccolta epidurale, con la asportazione di tre lamine.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di ascesso epidurale determinato dallo stafilococco aureo. Ricorda la rarità della affezione e la gravità della prognosi, a meno che non si intervenga precocemente.

BIBLIOGRAFIA

H. BRAUN. Zentralblatt f. Chirurgie, 1922.
CRAIG e DOYLE. Annals of Surgery, 1932.
DANDY. Arch. of. Surg., 1926.
HINZ. D. m. Wochenschrift, 1921.
NORDMANN e KISCHNER. *Die Chirurgie.* Urban u. Schwarzenberg, 1930.
OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.*
PULVIRENTI. Policlinico, Sez. Chir., 1921.
SILLEVIS SMITT. Revue Neurolog., 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Radiologia Medica della R. Univ. di Roma diretto dal Prof. A. BUSI.

Su di un caso di cisticercosi dei muscoli

per il dott. ANTONIO CAPUA, assistente vol.

Descrivo questo caso di cisticercosi non per trarre nuove conclusioni diagnostiche, ma per accrescere la casistica di reperti radiologici sul vivo.

La cisticercosi è dovuta ad infezione da tenia.

Due sono le tenie che più frequentemente infettano l'uomo: la tenia solium e la tenia saginata. La tenia solium è provvista di ventose e di rostro con uncini; il suo cisticerco si trova nei muscoli e nei visceri del maiale.

La tenia saginata che differisce dalla prima perchè più lunga, è sprovvista di uncini. Il suo cisticerco si trova comunemente nelle carni di bue e del vitello.

Le proglottidi adulte delle tenie, fecondate e giunte a maturazione si staccano e vengono emesse con le feci: le uova sono così messe in libertà; l'uomo generalmente le ingerisce o con acque inquinate o con verdure, e giunte nel tubo digerente, la capsula che involge l'embrione viene sciolta prima da succhi gastrici e poi dalla bile; l'embrione compie generalmente il suo ciclo vitale come parassita del tratto medio del tubo digerente dove può permanere a lungo.

In casi non frequenti aggredisce con i suoi uncini la parete dell'intestino, la perfora e va a localizzarsi in un punto qualsiasi della periferia dove si incista venendo a formare il cisticerco (infezione esterna).

Da alcuni autori si ammette anche una auto infezione per movimenti antiperistaltici del tubo digerente che possono rigurgitare nello stomaco proglottidi già mature e distaccate.

Numerosi casi di cisticercosi sono stati descritti da AA. italiani e stranieri e la maggior parte di essi sono dovuti a reperto anatomopatologico od operatorio. Pochi sono i casi di cisticercosi dimostrata in vivo.

Riguardo alla identità del *Cisticercus cellulosae*, già il Fischer alla fine del XVIII secolo constatava la identità, morfologica tra i cisticerchi dei suini e quelli rinvenibili nell'uomo. Oggi la maggior parte degli autori ritiene che ad esso è da attribuirsi la infezione nell'uomo. Non mancano però i reperti da tenia saginata o mediocannellata; no sono stati descritti da

Volkers, Arndt, Galli Valerio, Deutschmann, Fontan, Denti ed altri.

Pursche ritiene che la infezione da tenia inerme è possibile, ed in questa evenienza è da tenere come carattere differenziale che i cisticerchi sono più piccoli, irregolari nei margini, con ombra meno compatta; essi sono meno numerosi ed hanno come sede elettiva il grasso ed il connettivo che circonda i muscoli volontari; qualche volta sono anche reperibili alla superficie del cuore.

Nel bue però sono stati riscontrati cisticerchi calcificati da tenia inerme, aventi caratteri morfologici simili a quelli del *cisticercus cellulosae*.

Secondo Bignami è da propendere per il *cisticercus cellulosae*, perchè anche nei paesi in cui (Austria) la tenia inerme è frequente, esso è stato repertato, ed in alcuni individui coesisteva anche la presenza di tenia inerme.

Il Cisticerco si presenta come un corpicciolo ovoidale, costituito da una parete propria a struttura cuticolare, intorno alla quale si osserva spesso una sottile membrana formata per reazione connettivale del tessuto che lo ospita. Esso contiene nel suo interno un liquido chiaro o lattiginoso, e generalmente in un punto eccentrico della cavità, spesso accollato alla parete, si trova l'embrione.

La grandezza è variabile: in media va da 10 o 15 mm. di lunghezza per 5 o 10 di larghezza. Ne sono stati trovati però di grandezza molto variabile. Geipel riferisce di cisticerchi grandi come una testa di spillo; Brumpt di cisticerchi multiloculari di parecchi cm.; Picler di cisti grandi come una nocciola Nel caso che io presento se ne osservano di grandezza media ed alcuni anche notevolmente piccoli, di 3 o 4 mm. di maggior asse e dello spessore di un ago.

La forma è generalmente ovoidale. Dato però il loro carattere di ospiti si adattano morfologicamente all'ambiente in cui vivono, e la loro forma ovalare è quella che più facilmente si riscontra nelle masse muscolari, dove il loro asse maggiore è orientato parallelamente alle fibre del muscolo che li ospita. Nel vitreo assumono forma sferoidale; nel sottocutaneo forma lenticolare (Stieda).

Per la distribuzione vi è una diversità di idee tra i vari AA. Alcuni non ammettono alcuna sede di predilezione, ritenendo che tutti i tessuti possono essere colpiti. Altri invece e sono in maggioranza, ritengono che sede di elezione siano il cervello, l'occhio, poi i muscoli e principalmente quelli delle cosce e del bacino, ed il tessuto sottocutaneo. Secondo Danielsen sarebbero preferiti i muscoli larghi del petto, poi quelli delle braccia, del dorso e delle gambe. Pichler e Pursche danno delle localizzazioni simili.

Rara localizzazione è nell'osso; rarissima nelle articolazioni (un solo caso descritto dal Sannazzari di localizzazione alla articolazione tibio peroneo astragalica).

Scorrendo la letteratura si osserva invece una notevole quantità di casi di cisti del cervello e dell'occhio; i casi di cisticercosi muscolare sono in minoranza. Questa predilezione per il tessuto nervoso e per l'occhio si ritiene sia soltanto apparente e dovuta al fatto che mentre tutti i casi di cisticercosi dei suddetti organi sono notati per la notevolissima entità dei disturbi che arrecano, quando il parassita si localizza nei muscoli quasi sempre resta inosservato per la sintomatologia scarsa e dubbia ed in molti casi assolutamente nulla che dà.

Perchè si possa avere la visibilità radiologica di questi parassiti è necessario che essi siano calcificati; la calcificazione rappresenta la fase finale del processo ed avviene dopo la morte del parassita.

La durata del periodo vitale del parassita è variabile entro limiti ampi. Sono stati descritti casi in cui la durata è stata di 20 e perfino 23 anni. (Zulzer, Achard).

Allorchè sono calcificati si presentano come ombre ellittiche a contorni regolari, alcune intensamente opache e compatte, altre con focolai di calcificazione irregolarmente distribuiti; altre ancora in cui è possibile osservare il contorno opaco della parete calcificata, e dentro nello spazio chiaro accollato ad uno dei margini un corpicciolo intensamente opaco dovuto all'embrione impregnato di sali di calcio. Il Pursche ha descritto anche un sottile alone chiaro intorno al cisticerco.

La sintomatologia è imponente nei casi in cui la localizzazione è cerebrale od oculare.

Nei casi a localizzazione muscolare o sottocutanea si può avere qualche febbre irregolare non molto elevata, e più spesso dolori a tipo reumatico, ai lombi ed agli arti, crampi, formicolii, fatica muscolare, astenia, insonnia, malessere generale. A volte invece non si hanno sintomi.

Nel caso descritto dal Sannazzari di cisticercosi della articolazione tibio astragalica esistevano i segni di una artrite ad andamento cronico e solo il reperto radiologico dei parassiti calcificati rese possibile la diagnosi.

Quando sono localizzati nel sottocutaneo è possibile palpare dei corpiccioli duri, a superficie regolare, mobili ed indolenti.

Passo alla descrizione del caso da me osservato:

V. G., di anni 40, ufficiale.

Nel 1915 in servizio militare al fronte, infezione febbrile con febbre serotina preceduta da brivido; la febbre raggiungeva rapidamente l'acme (circa 39,5 o 40) e poi cadeva nella notte con leggero sudore. Tale febbre dopo circa 15 giorni passò senza che il paziente avesse fatto alcuna cura. Dopo pochi mesi leggera infezione coleriforme durata pochi giorni con poca febbre e qualche scarica diarroica. Nell'ottobre 1915 ferito da pallottola esplosiva alla coscia di sinistra: ebbe frattura del femore ed osteomielite dei monconi. Riferisce di aver subìto in seguito ben 10 interventi operatori. Soffrì poi spesso di crisi dolorose con dolori a tipo reumatico ad ambo gli arti inferiori e dai lombi, dolori che tuttora si ripresentano a intervalli.

FIG. 1.

Il paziente viene alla osservazione perchè tre mesi fa ebbe riaccensione del processo osteomielitico con formazione di un ascesso delle parti molli.

Dopo la incisione di questo i sintomi gravi regredirono.

Ora da circa una settimana il paziente ha di nuovo febbre e intenso dolore localizzato al segmento di arto ferito.

L'indagine radiologica della coscia di sinistra (fig. 1) oltre a mettere in evidenza la lesione ossea che ha i caratteri una osteomielite cronica mette in evidenza numerose piccole ombre di forma ovoidale, col maggior asse parallelo a quello dei muscoli, di opacità calcarea.

FIG. 2.

Queste immagini tipiche per una infezione parassitaria mi hanno indotto alla ricerca sistematica in tutto il corpo, e ho osservato la presenza di numerose altre ombre simili nelle masse muscolari del bacino (fig. 2) e dei lombi (fig. 3), nella coscia di destra (fig. 4), in ambo le gambe (fig. 5 e 6), e nei muscoli dei cingoli scapolari (fig. 7).

FIG. 3.

La maggior parte di queste ombre ha forma ovoidale; la grandezza media è di 10 mm. nel maggior asse per 5 o 6 mm. nell'asse trasverso; se ne osservano però alcune di dimensioni molto minori e così sottili da avere un aspetto aghiforme. Esse hanno tutte margini regolari, e struttura in alcune omogenea in altre irregolare: spesso si osserva la immagine descritta da quasi tutti gli autori data dalla calcificazione della cuticola

e dalla visibilità del corpo dell'embrione calcificato addossato alla parete. In altre invece (e ciò non è descritto da nessuno) mentre tutta la immagine ovoidale è regolarmente calcificata, si scorge una piccola immagine negativa rotondeggiante, posta al centro, o alla periferia che è data, io ritengo, dall'embrione in cui non si sono depositati sali di calcio. Intorno a queste ombre non si osserva l'alone chiaro descritto dal Pursche. La quantità di esse non è notevole; circa 60 in tutto; la loro localizzazione è massima nella regione delle cosce, minore nel bacino; poche nelle gambe e nelle masse molli lombari del dorso, se ne osservano 6 soltanto. Non è stato possibile fare biopsia per procedere ad esame microscopico.

Questo reperto io credo per i caratteri sopra descritti in modo inequivocabile da attribuirsi a cisticercosi.

Da molti autori vien fatta una accurata diagnosi differenziale con altre affezioni che possono dare calcificazioni di aspetto simile nelle parti molli. Ed infatti il rinvenire nelle parti molli uno solo, od un piccolo gruppo di simili parassiti calcificati importa una accurata diagnosi differenziale con le calcificazioni muscolari, con le calcificazioni delle borse sierose, con ghiandole linfatiche calcificate, con sostanze medicamentose ad alto peso specifico iniettate e non completamente assorbite, e con i fleboliti.

In quanto alla possibilità di poter distinguere radiologicamente il *cisticercus cellulosae* dal cisticerco da tenia inerme, io credo che sia compito arduo che facilmente può indurre in errore.

Infatti i caratteri da alcuni AA. descritti per il *cisticercus* da tenia inerme (minor numero dei parassiti, minor grandezza, irregolarità dei contorni, ubicazione nel grasso perimuscolare) mi sembrano poco sicuri.

La ubicazione dei parassiti nel grasso perimuscolare è poi reperto anatomico e non radiologico. Spesso anche l'esame anatomo patologico non risolve il quesito, perchè il Sannazzaro che ha avuto possibilità di eseguire biopsia, riferisce che la indagine, poichè si trattava di parassiti morti e già modificati, non ha dato elementi sicuri per poter distinguere di qual tipo di tenia in modo speciale si trattasse.

La scarsissima sintomatologia che da questa affezione, quando i parassiti non producono compressione su organi importanti, fa sì che generalmente questo processo sfugga

Fig 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

alla indagine clinica, ed è solo reperibile radiologicamente. Nel caso che discuto sono da attribuirsi alla infezione le crisi dolorose a tipo reumatico e forse anche la febbre sofferta dal paziente nel 1915, febbre a carattere infettivo e che scomparve dopo circa 15 giorni. Forse essa coincide con il periodo, di invasione del parassita.

Perchè il cisticerco sia visibile è necessario che sia calcificato e la calcificazione avviene come episodio finale dopo la morte del parassita stesso che può avere vita ben lunga. Fino a questo periodo neppure l'indagine radiologica può svelare questa infezione che passa generalmente del tutto inosservata.

FIG. 7.

RIASSUNTO.

L'A. pubblica un caso di cisticercosi dei muscoli incidentalmente scoperto con l'indagine radiologica.

Dopo aver discusso dell'agente infettivo (*cisticercus cellulosae*), della modalità di infezione e dei suoi caratteri clinici e radiologici, l'A. conclude che tale malattia, che spesso passa inosservata agli altri mezzi di indagine, può facilmente essere diagnosticata con l'indagine radiologica quando i parassiti siano già calcificati.

BIBLIOGRAFIA.

PERONA. *Atti VII Congresso di radiologia medica.*

CHIZZOLA. *Contributo allo studio radiologico delle malattie del sistema muscolare.* Radiologia Medica, settembre 1929.

DEDDI. *Cisticercosi curata colle iniezioni endovenose di liquido di Pregl.* Rivista di clinica medica, 1927, n. 14.

GUCCIONE. *La cisticercosi del sistema nervoso centrale umano.* Milano, Socoetà editrice libraria, 1919.

SANNAZZARI. *Cisticercosi osteo-articolare umana.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 29, fasc. 3, 1931.

MASCHERPA. *Su di un caso di cisticercosi muscolare diagnostico radiologicamente nel vivente.*

ABBATI. *Cisticercosi associata a cisti idolidea.* Congresso italiano di radiologia medica, maggio 1928.

BIGNAMI. *Sul quadro radiologico di cisticerchi calcificati.* Archivio di radiologia, 1928, fasc. 5-6.

BRUMPT. *Précis de parasitologie.* Masson, édit., Parigi, 1922.

GEIPEL. *Cisticercus cellulesse in der Korper muskulatur.* Fortschritte a. d. Geb. der Röntgenstrahlen, 1913, Bd. 20, H. 6, pag. 594.

PICHLER. *Klinische Beobachtungen über Maschel und Houtfinnen. Röntgennorschweis ver.*

GIOIA. *Necrosi del tessuto adiposo o cistoteatonecrosi.* Bollettino Società medico-chirurgica di Pavia, 1928, fasc. I.

RIVISTE SINTETICHE

Lo stato attuale della vaccinazione antidifterica

Prof. dott. MARIO FABERI.

L'aumento della difterite è un fenomeno che da qualche anno va manifestandosi in tutta l'Europa, e sono segnalate più numerose le forme tossiche, gravi, e spesso mortali.

È logico quindi che l'argomento della vaccinazione antidifterica sia sempre della massima attualità, e che si intensifichino gli studi tendenti a perfezionare la pratica.

In un nostro precedente studio, pubblicato nel 1929 su questa rivista, parlammo delle tappe attraverso alle quali si sviluppò il concetto di tale vaccinazione, e descrivemmo i metodi preconizzati dai vari autori per attuarla.

Alcuni di tali metodi sono stati oggi sorpassati da altri più razionali ed efficaci, e di questi soli naturalmente converrà occuparsi.

Si può infatti ritenere che, mentre in certi paesi ancora si immunizza con miscele di tossina-antitossina, la grande maggioranza ha adottato senz'altro l'anatossina, introdotta dal Ramon nel 1923.

Delle miscele tossina-antitossina, derivate dall'originaria T. A. di Behring, sono tuttora preferite, specialmente in Germania e in Austria, e in alcune regioni americane, la T. A. F. (Toxin-Antitoxin-Flockungs-Preparate), dell'Istituto Behring, e il vaccino di Park e Zingher (miscela T. A., più bacilli difterici uccisi).

Senza soffermarci sugli inconvenienti che a tali miscele possono essere legati, riconosceremo che, in realtà, la loro introduzione nell'organismo è capace di immunizzare, de-

terminando la formazione di antitossina, come risulta dai contributi di numerosi autori.

Tra i più recenti lavori citeremo quello di Seligmann, il quale ha riferito sui resultati delle vaccinazioni praticate ufficialmente in Berlino nel 1928, usando il vaccino T. A. e il T. A. F. Dei non vaccinati ammalarono l'8,8:100, e dei vaccinati, (in totale 89060), il 5,5:100, mentre la mortalità fu, nei soggetti da 0 a 15 anni, del 13,1, contro 2,7:100.

E poichè la quasi totalità dei morti si ha tra 5 e 10 anni, le cifre di questi sarebbero state, in tale periodo, del 14,5 contro 3,56.

Aldersdoff, riportando i resultati della vaccinazione eseguita in 150.000 soggetti in Olanda, col T. A. U. (Miscela tossina-antitossina di Utrecht), dichiara di avere complessivamente raggiunto una negatività della Schick dell'80,85:100.

Tale ultima miscela avrebbe il vantaggio di non provocare reazione di sorta anche nei soggetti più grandicelli, nei quali sarebbe particolarmente indicato.

Altri autori, però, sono meno convinti dell'efficacia di simili vaccini e, tra tutti, citeremo il Gebert, il quale, avendo usato il T. A. F. (1 cmc. per via sottocutanea, ripetuto 2 volte con intervallo di 4 settimane), trovò che, dopo 6 mesi, in soli 14 bambini, su 43, il contenuto in antitossina superava 0,1 unità.

Ben più costanti sono invece i resultati ottenuti con l'anatossina.

Ulteriori ricerche hanno intanto permesso a Ramon di riconfermare recentemente le proprietà essenziali di tale mezzo vaccinante: innocuità, particolare resistenza al calore, stabilità, irreversibilità, valore antigeno intrinseco, potere dissociante.

Tali proprietà differenziano l'anatossina da tutti gli antigeni sin qui conosciuti, facendone una sostanza nuova, ed assicurandole esistenza propria.

Del tutto isolate restano alcune comunicazioni di incidenti sopravvenuti in seguito al suo impiego.

Paisseau e Ducas osservarono, in un bambino di 8 anni, dopo la 3ª iniezione, una porpora grave, che guarì dopo trasfusione di sangue.

Chevallier notò in un giovane di 27 anni, dopo la 3ª iniezione, la comparsa di efflorescenze psoriasiche sul punto di inoculazione, e in seguito generalizzatesi.

Di fronte ai milioni di vaccinazioni eseguite, come giustamente fanno notare Ramon e Debré, simili incidenti rappresentano fatti del tutto eccezionali, come pure minimo resta il numero delle reazioni apprezzabili, sopravvenute dopo le singole iniezioni.

Anche nei Sanatori, ove l'applicazione è stata fatta su decine di migliaia di malati, la vaccinazione con l'anatossina non ha dato luogo ad inconvenienti, e giustamente il Pavia, sulla base dell'esperienza personale in proposito, ne preconizza l'applicazione in tutti i giovani soggetti tubercolosi.

Rhoads riferisce che la vaccinazione di 361 infermiere negli Stati Uniti ha portato una perdita totale di 48 giorni, pari ad una media di giorni 0,133 per infermiera, cifra, come si vede del tutto insignificante.

Esclusa è anche la possibilità di comparsa di anafilassi, come ha dimostrato il Pepeu, ripetendo le esperienze di Tomsich e Neil, i quali avevano sostenuto di averla prodotta negli animali di laboratorio.

Secondo Siegl, piccole dosi di anatossina sarebbero capaci di provocare diminuzione di antitossina, stabilendo nel vaccinato una fase negativa, con maggior recettività verso l'infezione difterica in tale periodo. Il Prigge, invece, ha dimostrato che solo dosi forti diminuirebbero la resistenza dei vaccinati, non però stabilendo una fase negativa, bensì ledendo tutto l'organismo.

Se poi si volesse passare in rassegna tutta la letteratura riguardante i resultati conseguiti con la vaccinazione all'anatossina, si troverebbe una mole di pubblicazioni così imponente, da ritenerne senz'altro esaltato il valore intrinseco.

Per limitarci alle più recenti, ne citeremo solamente alcune.

Seligmann ottenne il 96,6 : 100 di Schick negative, usando l'anatossina, contro l'87,8 usando il T. A. olandese, con aumento notevole del tasso di antitossina nel sangue, nel primo caso.

Izabolinskij e Gitovic l'ottennero nell'85-90 per cento usandola in 1700 bambini, e videro cessare un'epidemia.

C. Jensen l'applicò in un centro ospitaliero infantile, raggiungendo il 100 : 100 di immunizzati.

Tovjanskaja constatò, nella città di Smolensk, dopo la sua generalizzazione, una diminuzione della morbilità pari a 7 volte.

Artusi e Migliori ottennero 92,8:100 Schick negative con l'anatossina, dopo 4 mesi, contro 63,26 col T. A. F.

Nel Canadà sono stati vaccinati 1.000.000 di soggetti, su 10.000.000 di abitanti, e la mortalità per difterite si è ridotta di 9/10.

In un distretto ungherese furono vaccinati 11.000 bambini, e la mortalità fu di 0,392 : 1000, mentre negli altri, nello stesso tempo, fu di 3,85.

A Ginevra sono stati vaccinati più di 7.000 soggetti, su un totale di 25.000 bambini, e la morbilità è diminuita del 69,4 : 100, mentre nel restante territorio è aumentata del 18:100.

Il Pepeu, su 1647 vaccinati per via sottocutanea, ebbe 94,8 : 100 Schick negative.

Allo scopo di migliorare ancora maggiormente i resultati, gli Autori insistono però sulla necessità di intensificare ed estendere la

pratica vaccinale nei bambini al disotto del 5° anno di età, essendo massima in tale periodo la possibilità delle forme di difterite larvata, specie nasale, e non diagnosticate, quindi pericolose per la diffusione della malattia (Dudley).

Un'altra via d'introduzione dell'anatossina, quella cioè nasale, ha pure i suoi fautori.

Per citare i più recenti, ricorderemo Hosmer-Zambelli, il quale, dai resultati sperimentali ottenuti, riterrebbe dimostrato il pari valore del metodo d'introduzione parenterale e nasale. Tali risultati furono poi confermati dallo stesso, insieme al Giannelli, usando istillazioni nel naso.

Anche Segre, lasciando nel naso per 2 ore dei tamponi imbevuti di anatossina, e ripetendo la pratica a distanza di 10 giorni, trovò, col controllo della Schick, che dopo 30-40 giorni si era costituita l'immunità, persistente ancora dopo 2 anni.

Esperienze nostre personali, con Golluscio, ci fornirono una media del 75: 100 di Schick negative dopo 40 giorni.

Resultati buoni ottennero anche Sparrow e Mayzner, Benderskaia e Podvoric, Isabolinski e Karpotschewskaia, ed altri che per brevità non citiamo.

Meno favorevoli invece i resultati di Pepeu: su 2846 vaccinati per via nasale 70,8:100 Schick negative dopo 8 settimane, e di Paradiso: 60: 100 dopo 60-70 giorni.

Artusi cita anche qualche inconveniente presentato da tale via d'introduzione: Irritazione della mucosa, con scolo, prurito e sternuti (rinite catarrale), nei più piccini. In un caso, catarro della tuba di Eustachio e dell'orecchio medio, con otite e mastoidite secondarie. Il tutto, però, in rapporto all'eventualità di concentrazione troppo forte dell'anatossina, o di insufflazione troppo violenta.

Ramon e Debré, in complesso, dichiarano che la via nasale non è nè più pratica, nè più economica, nè più sicura della sottocutanea.

Citiamo poi, solo per amore di completezza, i tentativi fatti per via digestiva, somministrando pillole all'anatossina (Rougier), e la via rettale (Isabolinski e Karpotschewskaia), con resultati assai scarsi e incostanti.

Pareri molto più disparati si trovano invece riguardo all'altra via d'introduzione preconizzata dal Löwenstein, e cioè quella percutanea.

Quest'autore ha composto un unguento contenente anatossina e bacilli difterici morti, da introdursi per frizioni ripetute 3 volte, a distanza di 2 settimane.

Il Löwenstein stesso riferisce di aver ottenuto cifre dell'80: 100 di Schick negative, come pure Siegl e Hassmann, mentre Baar e Grabenhofer avrebbero raggiunto l'83: 100, e Urbanitzky addirittura il 100:100.

Nobel, invece, su 206 vaccinati, ottenne solo il 35 : 100, Artusi e Migliori un massimo di 47,36 : 100, Seligmann 58,9 : 100, Rosenblüth 36:100, Blazek e Frantisck 27:100.

Gegenbauer e Gottlieb usarono l'unguento in 6175 bambini di asili infantili, 5139 dei quali ricevettero le 3 frizioni regolari. Studiando la morbilità in questi, in confronto a quella di bambini di pari età non vaccinati, non notarono sensibili differenze.

Anche Boer ha dichiarato la completa inefficacia del metodo, dopo numerose vaccinazioni in bambini dell'età scolara.

Del resto, nemmeno le ricerche sperimentali in proposito deporrebbero a favore della vaccinazione percutanea. Schmidt, ad esempio, usando l'unguento originale di Löwenstein, nonchè altri due da lui stesso preparati, ha cercato d'immunizzare alcune cavie, ma non è riuscito a dimostrare comparsa d'immunità apprezzabile verso la tossina difterica. Notò solo che dei resultati potevano ottenersi dopo almeno 8 applicazioni, il che annullerebbe qualsiasi valore pratico.

Pockels vaccinò 30 bambini, in parte con l'unguento originale e in parte con altro modificato da Enoch, e in nessun caso trovò aumento del contenuto in antitossina nel siero, restando immutata la mancanza in quelli che ne erano privi del tutto prima dell'applicazione.

Blumenthal e Nassau non riuscirono a mettere in evidenza quantità di antitossina apprezzabile in nessuna delle 5 cavie alle quali erano state fatte 3 frizioni con l'unguento Löwenstein.

Resultati del tutto negativi ottenemmo anche noi sperimentalmente in 3 lotti di cavie, 2 dei quali erano stati sottoposti previamente ad irritazione cutanea artificiale, al punto di inoculazione, con raggi infrarossi ed ultravioletti, secondo il concetto di Baar e Benedict, di migliorare cioè l'assorbimento del tossoide.

Più incoraggianti sembrerebbero invece i resultati di Besredka, il quale ha dimostrato che, frizionando la pelle di un coniglio con una crema anodina, o semplicemente rasandola, si crea una immunità locale e non specifica verso la tossina difterica, sulla base della quale si riuscirebbe a conferire poi una immunità antidifterica solida e duratura.

Nulla, comunque, autorizza, per ora almeno, a sostituire all'originaria via sottocutanea d'introduzione dell'anatossina le altre in seguito preconizzate.

L'efficacia del metodo originale è stata del resto controllata da Ramon e Debré, dosando specificatamente il tenore in antitossina dei vaccinati col metodo originario, utilizzando allo scopo 105 bambini che avevano ricevuto le 3 iniezioni regolamentari.

Trovarono così, nel 40,9 : 100, un potere antitossico superiore all'Unità; nel 49,2 : 100

superiore a 1/10 di U.; nel 5,7 : 100 superiore a 1/30, e solo nel 3,8 : 100 inferiore a 1/30.

Questi ultimi corrispondevano ai soggetti nei quali la Schick persisteva positiva. Ammettendo quindi che i soggetti nei quali si ha più di 1/30 di U. A. sono protetti contro la difterite, ne deriva conferma che il 96 : 100 dei vaccinati con l'anatossina resta solidamente immunizzato.

Altro fatto importante, in pari tempo dimostrato, è che solo nel 2,5 : 100 dei casi, dopo 4 anni dalla subìta vaccinazione, non si ha più immunità protettrice sufficiente, mentre, d'altro canto, la ricchezza in antitossina non si mostrerebbe diminuita attraverso gli anni.

Gli studi riguardo l'anatossina non sono poi affatto terminati, poichè vari autori vanno sforzandosi di apportare utili modificazioni al metodo primitivo di Ramon, cercando di utilizzare delle anatossine a valore antigeno più alto, e anatossine concentrate e purificate.

Ramon e collaboratori hanno infatti dimostrato che, iniettando un'anatossina contenente maggior numero di unità antitossiche, vale a dire 16 per cmc., in luogo delle 10 usuali, e praticando iniezioni settimanali di 1,0-1,0-2,0 (64 unità totali invece di 30), si può constatare 48 settimane dopo l'ultima iniezione, una Schick negativa nel 100 : 100.

Per quel che riguarda la purificazione, Schmidt, basandosi sul potere assorbente della tossina difterica da parte dei sali di alluminio, ha applicato un nuovo metodo, per il quale vengono prodotte tossine ed anatossine fortemente purificate, ad alto potere immunizzante e perfettamente innocue, come è resultato anche dalle successive esperienze di Jensen in Danimarca.

Ramon, Legroux e Schoen hanno cercato di purificare e concentrare l'anatossina in vari modi, riscaldando, tra l'altro, a 100° il flocculato anatossina-antitossina in soluzione nell'acqua distillata, sì da eliminare il 97 : 100 dell'azoto del miscuglio primitivo. Ma i resultati vaccinali non sono stati affatto superiori a quelli con l'anatossina primitiva.

J. Claus parla di una sua anatossina purificata e concentrata, contenente ben 150 U. I. per cmc., ed afferma di aver osservato ottimi effetti vaccinali tanto negli animali che nei bambini, stabilendosi l'immunità in tempo assai breve. Ma Ramon e Debré hanno fatto giustamente notare gli svantaggi della preparazione di un'anatossina a tale titolo, occorrendone ben 60.000 litri per immunizzare 1.000.000 di soggetti, mentre con l'anatossina usuale ne richiedono solo 3000.

Anche Terni ha tuttavia preannunziato i resultati ottimi ottenuti con un'anatossina di alto valore antigeno, per cui la quantità da inoculare sarebbe ridotta ad un cent. cubico, in una sola volta, con perfetta tolleranza. Si tratta, in conclusione, di tentativi di perfezionamento del metodo vaccinale, i quali dovranno, per l'avvenire, accrescerne l'efficacia e la semplicità.

Tutti i tentativi del genere sono giustificati, del resto, anche dal fatto che tuttora si discute sul reale meccanismo del vaccino.

Sembra infatti dimostrato, da recenti ricerche sperimentali, che l'anatossina esplica negli animali solo un potere vaccinante antitossico, non possedendone alcuno contro l'attecchimento dei germi, il quale provoca la « malattia difterite », con tutte le sue manifestazioni (Pontano).

Per raggiungere nella cavia un vero scopo vaccinante, il Pontano ha dovuto usare dosi enormi di anatossina (5 cmc.). Onde l'A. ne desume che, essendo il maggior pericolo della difterite più nella sede (laringe), che nelle tossiemie, non si è autorizzati per ora a prevedere una scomparsa della malattia, nè la scomparsa dei casi gravi per sede, ma solo la scomparsa delle tossiemie gravi, purchè però si aumentino notevolmente le dosi da usarsi per la pratica vaccinica.

Gran parte dei lavori pubblicati sulla vaccinazione antidifterica restano poi esposti alla critica per il fatto che, recentemente, un notevole scetticismo è subentrato nei riguardi dell'efficacia del metodo di controllo generalmente usato dagli autori.

La prova di Schick, infatti, che sino a poco tempo fa sembrava essere l'indice più sicuro dello stato immunitario dell'organismo, è stata dimostrata sovente fallace e, per lo meno, d'incostante probatività.

Si era in realtà detto che un individuo presentante una Schick negativa possiede nel suo sangue almeno 1/30 di unità antitossica, vale a dire la quantità sufficiente a renderlo immune di fronte all'infezione.

Ciò è stato dimostrato erroneo da molte osservazioni pratiche, quali ad esempio quelle di soggetti guariti della difterite e presentanti Schick ancora positiva, e di soggetti malati, con Schick negativa.

Presso certi popoli (Groenlandesi), dove la difterite è sconosciuta, la Schick diviene negativa nell'adulto (Friedeberger), senza ragione plausibile.

Il Marcialis ha trovato che nei bambini di Sassari, fino all'età di 12 anni, si ha in media il 55 : 100 di Schick positive, mentre non esiste rapporto tra questo fatto e la recettività scarsa dimostrata da questi verso l'infezioni. Esistono poi possibilità di erronee interpretazioni legate a variazioni od errori di tecnica. Pondman e Pot, ad esempio, mettono in guardia verso le difficoltà di ottenere un reattivo costante a causa della variabile suscettibilità degli animali di laboratorio, oltre al fatto che nel liquido usato per la Schick possono essere presenti dei tossoidi, privi dell'azione tossica, ma legabili all'antitossina, sì da aumentare il numero delle Schick positive.

Secondo Nasso, basterebbe poi il ripetere la Schick 3-4 volte ad intervalli non inferiori a 10-15 giorni, per trasformare una reazione positiva in negativa, per quanto tale fatto sia contestato da altri autori.

In ogni modo, valore decisivo nell'infirmare la prova è dato dalle ricerche comparative eseguite con il contemporaneo dosaggio delle unità antitossiche del sangue.

Secondo Artusi e Migliori, ad esempio, il punto neutro tra Schick positiva e negativa si troverebbe generalmente intorno a 1/100 di U. I. e non ad 1/30, come era stato sostenuto. La reazione negativa direbbe quindi che l'individuo in esame possiede almeno 1/100 di U. I. per cmc. di siero, tasso insufficiente per conferire immunità sicura. Ma una reazione positiva non garantirebbe che il tasso fosse al disotto di 1/100, potendo essere più alto, come pure non escluderebbe la possibilità di un tasso sufficiente a rendere immune.

Anche Thiell ha recentemente constatato che la prova di Schick e il titolo di antitossina non si corrispondono nel 20 : 100 dei casi.

Jensen ha trovato che si può avere una Schick negativa in bambini privi di quantità apprezzabile di antitossina (meno di 1/2000 per cmc. di siero). Nei bambini vaccinati con l'anatossina, che prima erano Schick positivi, divenendo poi Schick negativi, nel 91 : 100 si avrebbe un contenuto superiore all'1 : 100 e nel 9 : 100 inferiore.

Non si potrebbe quindi nemmeno stabilire il valore limite del titolo di antitossina corrispondente alla prova di Schick.

Lo stesso autore ha trovato che bambini aventi nel sangue praticamente assenza di antitossina (meno di 0,0005 unità per cmc.) possono presentare una Schick negativa, non restando pertanto immuni verso la difterite.

Sembra dunque evidente che la prova di Schick non rappresenti più che un mezzo infido di controllo dello stato immunitario, e che di conseguenza, per l'avvenire, le statistiche vaccinali dovranno essere valorizzate dai metodi classici di dosaggio dell'antitossina nel sangue, quelli cioè ideati da Röhmer e da Ehrlich.

Se ne deduce anche che, come molti autori ormai sostengono, e come è stato esplicitamente dichiarato nella riunione di esperti della Società delle Nazioni, nelle sedute a Londra dal 17 al 24 giugno 1931, è superfluo eseguire la Schick dei soggetti che si vogliono sottoporre a vaccinazione. In tal modo, infatti, ne potrebbero essere esclusi alcuni che, in realtà, non sono affatto immunizzati, mentre, d'altro canto, la sua provata innocuità la rende attuabile senza pericolo alcuno, in qualsiasi periodo della vita.

Se ora si volesse concludere, da quanto precede, con un giudizio complessivo in tema di vaccinazione antidifterica, considerata dal punto di vista del suo stato attuale, si dovrebbe convenire che, in realtà, esiste ormai una mole di esperienze ed osservazioni così imponente, da far ritenere che molte tappe siano state percorse verso il pratico raggiungimento dell'immunizzazione dell'individuo contro una delle più terribili infezioni.

L'anatossina poi, per l'insieme dei pregi intrinseci posseduti, rappresenta tra tutti il mezzo vaccinante più indicato, ed il pratico vi potrà sempre ricorrere con tranquilla coscienza.

Naturalmente, nell'applicazione del metodo, sarà sempre necessario attenersi con scrupolo ai precetti fondamentali stabiliti dall'ideatore, onde diminuire la possibilità, ormai accertata, che anche il vaccinato venga colpito in seguito dall'infezione. E ci ripromettiamo di parlare, in un prossimo lavoro, di quanto oggi si è andato raccogliendo circa la difterite dei vaccinati.

Riteniamo tuttavia che, comunque nel futuro possano essere modificate le idee ai riguardi della vaccinazione antidifterica, resterà sempre degno di essere ammirato quest'immane lavoro, perseguito nell'interesse supremo dell'umanità.

BIBLIOGRAFIA.

SELIGMANN E. Deut. Med. Woch., 1931, I, p. 96 e p. 1573.
ALDERSHOFF H. Nederl. Tijdschr. Geneesk., I, 1931, p. 974.
GEBERT F. Münch. Med. Woch., II, 1930, p. 1798.
RAMON G. Ann. Inst. Pasteur, vol. XLVI, 1931, p. 483.
RAMON G. e NELIS P. Compt. R. Soc. Biol. Paris, 105, 1930, p. 500.
RAMON G., DEBRÉ R. e MOZER M. Ibid., 107, 1931, p. 485.
RAMON G. e DEBRÉ R. Ann. Inst. Pasteur, XLV, 1930, p. 326.
ID. ID. Presse Méd., n. 29, 1932.
RAMON G., LEGROUX R. e SC.OEN M. Compt. rend. Acad. Sc., 1931, p. 512.
PAISSEAU G. e DUCAS P. Bull. Soc. Ped. Paris, 28, 1930, p. 545.
CHEVALLIER P. Bull. Soc. Franç. Dermat., 37, 1930, p. 1148.
PAVIA M. Riv. Chir. Ped., 29, 1931.
PEPEU F. III Congr. Naz. Microbiol., Milano, 19 aprile 1931.
SIEGL G. Med. Klin., 1931, I, p. 818.
PRIGGE R. Ibid.
IZABOLINSKIJ M. e GITOVIC. Vrac Delo, 12, 1929, p. 667.
JENSEN C. Deut. Med. Woch., 1931, I, p. 324.
TOVJANSKAIA V. Moskov. Med. Z., X, n. 11-12, p. 105.
ARTUSI C. e MIGLIORI V. Riv. Clin. Ped., 4, 1931.
DUDLEY. Quart. Journ. Med., aprile 1932, p. 213
HOSMER ZAMBELLI F. Giorn. Batter., 6, 1931, p. 165
SEGRE. Minerva Med., II, 1930, p. 721.
SPARROW H. e MAYZNER M. Pedjatr. Polska, 11, 1931, p. 105.
BENDERSKAJA A. e PODBARIC. Vrac. Delo, 12, 1929, p. 1357.
ISABOLINSKIJ M. e KARPOTSCHEWSKAJA B. Zbl. Bakter.. I Orig., 119, 1930, p. 84.
PARADISO F. Clin. e Ig. Inf., 9, 1931.
ROUGIER A. Thèse de Lyon, nov. 1931.

LÖWENSTEIN G. Wien. Kl. W., 1916-1927,1928; Deut. M. W., 1921-1929; Münch. M. W., 1930; Med. Klin., 1930, 12; Klin. Woch., 1929, 49.
ID. Atti II Congr. Ped. Int. Stoccolma, 1930, p. 358.
SIEGL I. e NASSMANN K. Arch. f. K., 1930, 91; Münch. M. W., 1930, 29.
BAAR H. e GOBENHOFER. Wien. K. Woch., 1929, 23.
NOBEL. Wien. K. W., 1, 1931, p. 75.
ROSENBLÜTH A. Zeitschr. Kind., 50, 1931, p. 715.
BLAZEK e FRANTISCK. Cas. Cék. cesk., 1931, II. p. 1746.
GEGENBAUER e GOTTLIEB. Zbl. Bakter., I Orig., 122, 1931, p. 170.
BOER. Nederl. Wschr. Geneesk., 17, 1930, p. 216.
SCHMIDT S. Compt. r. Soc. Biol. Paris, 105, 1930, p. 337; Ugeskr. Laeg., I, 1930; Ann. Inst. Past., XLVI, 1931, p. 631.
POCKELS W. Deutsch. M. Woch., I, 1931, p. 1017.
BLUMENTHAL e NASSAU. Zeitschr. f. Kinderheilk., 50, 6, 1931.
BAAR e BENEDICT. Klin. Woch., 1930, 51.
BESREDKA A. Ann. Inst. Pasteur, XLVI, 1931, p. 542.
JENSEN C. Compt. r. Soc. Biol. Paris, 108, 1931, pp. 528,536, 543, 552, 555, 577, 579.
TERNI C. Riv. Biol. e Immun., n. 4, 1931.
PONTANO T. Policlinico, Sez. Med., n. 12, 1931.
MARCIALIS I. *Studi Sassaresi*, II, 8, 1930, p. 515.
PONDMANN A. e POT A. W. Nederl. Tijdschr. Geneesk., II, 1930, p. 5278.
NASSO I. La Pediatria, 1925, n. 21.
THIELL H. Arch. Kind., 94, 1931, p. 175.
FABERI M. Policlinico, Sez. Pratica, 1925; Ibid., 1929; Pediatria Prat., 1931.
FABERI M. e GOLLUSCIO J. Policlinico, Sez. Pratica, 1931.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Modena.

Direttore: Prof. PAOLO FIORI.

Di una nuova pinza per l'estrazione, sotto il controllo radioscopico, dei corpi estranei impermeabili ai raggi Roentgen.

Dott. LUIGI GOBBI, aiuto e docente.

La ricerca e l'estrazione, al tavolo operatorio, di corpi estranei nella profondità dei tessuti, sono rese alle volte quanto mai laboriose. Specie laddove le masse muscolari o il tessuto adiposo sottocutaneo si trovano notevolmente sviluppati, scheggie metalliche o frammenti di aghi o proiettili d'arma da fuoco di piccolo calibro, possono rendersi non facilmente reperibili.

Non sempre, il reperto radiografico è di sicura e di infallibile guida nella ricerca. Ciò è dovuto, in parte, agli spostamenti che il corpo estraneo, specie se appuntito, può subire in causa delle contrazioni muscolari, per cui la proiezione radiografica non è più esattamente corrispondente alla nuova posizione del corpo estraneo nei tessuti al momento in cui il paziente viene portato al tavolo operatorio, in parte, alla difficoltà per non dire alla impossibilità di proiettare, sulla regione operatoria, i diversi piani del radiogramma, con rispondenza matematica perfetta.

Uno spostamento anche minimo di detti piani porta con sè ad errori di valutazione di posizione e a conseguenti spostamenti della linea di taglio. Ne derivano manovre chirurgiche lunghe, laboriose, mal tollerate, che rendono, in questi casi, l'atto operatorio sproporzionato, almeno per durata, all'entità della causa che lo aveva consigliato. Ma può anche succedere che l'operatore, con suo vivo disappunto, si veda costretto a rinchiudere la breccia, essendo rimasta infruttuosa ogni sua più diligente ricerca.

Quest'ultima eventualità, certo possibile ad avverarsi, e che pone il chirurgo in una posizione delicata verso il paziente, si è data in due casi di mia osservazione, in entrambi dei quali si trattava di aghi infissi profondamente nelle regioni glutee.

Ad ovviare a questi inconvenienti, sempre spiacevoli, mi sono chiesto se fosse stato possibile disporre di un mezzo più sicuro e rapido per l'estrazione dei corpi estranei, almeno di quelli opachi ai raggi X, col presidio dell'esame radioscopico e sotto il suo diretto controllo.

Ho ideato così la pinza che qui sta raffigurata (v. fig.) e che passo brevemente a descrivere.

La pinza, costruita dalla Ditta Jetter e Scheerer di Tuttlingen, è a due branche articolate che si chiudono a cremagliera. I bordi esterni delle branche distali sono taglienti e terminano a punta, quelli interni piani, a scanalature trasversali; è perciò ad un tempo *strumento da taglio e da presa*. La pinza, vista chiusa, ha sezione di taglio di forma triangolare. Viene costruita in due differenti misure e per ciascuna di esse in due diversi modelli: retto e curvo sul dorso.

***

All'estrazione del corpo estraneo, procedo con la seguente tecnica:

1) Sottopongo il paziente ad un primo esame radioscopico di orientamento e preciso la sede del corpo estraneo.

Stabilito, ad esempio, che il corpo ricercato è situato sulla faccia posteriore dell'avambraccio, segno, nella proiezione postero-anteriore, con matita di nitrato d'argento, il punto *esatto* in cui detto corpo si mostra e, con proiezione laterale, giudico, a un di presso, del grado di profondità.

2) Procedo alla disinfezione e all'anestesia della regione coi mezzi comuni a disposizione e, atteso il tempo utile perchè l'anestesia risulti completa, infiggo la pinza attraverso la cute, in rapporto del punto segnato in precedenza col nitrato d'argento.

3) Sottopongo il paziente a un nuovo esame radioscopico, nell'esempio citato, tenendo l'avambraccio in posizione laterale.

La mano destra o sinistra a seconda riesce più comodo, posta dietro lo schermo, mantiene stretta la pinza ed è libera nei suoi movimenti. In detta posizione giudico del limite di profondità del corpo estraneo. Infiggo allora la pinza di quel tanto che è necessario per raggiungerlo e mi accorgo di essere a contatto di esso non appena, con la punta dello strumento, riesco a smuoverlo. Divarico a questo momento le branche della pinza, in maniera appena sufficiente ad afferrarlo ed accertatomi, con movimenti di và e vieni, ch'esso è veramente preso, lo estraggo, insieme alla pinza.

4) Medico a piatto la ferita se di pochi millimetri (corpi estranei di piccole dimensioni), suturo invece con uno o due punti di seta o con uncini metallici nei casi in cui sembri indicato.

Avvertenze sull'uso della pinza. Indicazioni. Controindicazioni. — La scelta fra i quattro tipi di pinza sopra ricordati, è lasciata all'operatore che giudicherà, caso per caso, quale meglio si presti ispirandosi a criteri di comodità e di opportunità.

Unica controindicazione all'uso della pinza si ha nei casi in cui il corpo estraneo si trova conficcato in tutta prossimità di zone anatomiche pericolose per la presenza di grossi vasi o di rami nervosi di qualche importanza. Il giudizio, in questi casi, è facile fin da un primo momento e ogni eventuale pericolo può essere sicuramente evitato.

La pinza, deve sempre essere introdotta, attraverso i tessuti, a branche chiuse. Queste, soltanto in un secondo tempo, saranno divaricate e cioè dopo raggiunto il corpo estraneo e di quel tanto appena necessario a sbrigliare i tessuti che lo inglobano per poterlo mobilizzare ed afferrare.

Con qualche opportuno accorgimento è quasi sempre possibile prendere il corpo estraneo tra le branche della pinza in modo che il suo asse maggiore coincida e si prolunghi con quello longitudinale dello strumento così da facilitarne l'uscita. Se ciò non riuscisse e troppo grande sproporzione vi fosse fra gli assi, longitudinale e trasversale, del corpo stesso (aghi ad es.), lo si afferri come si può e, se l'estrazione immediata non sembri possibile, lo si fissi chiudendo le branche della pinza ovvero legandole strettamente, nei casi in cui lo spessore interposto ne impedisse la chiusura. Il paziente dovrà essere portato al tavolo operatorio e, sulla guida della pinza rimasta in sito, l'estrazione risulterà sicura e facile.

Se il corpo estraneo è di dimensione più notevole (scheggie, proiettili, ecc.), una volta fatta la presa, non ci si dovrà preoccupare se la breccia praticata in un primo tempo attraverso la cute e i tessuti sottostanti appaia in-

sufficiente al passaggio del corpo medesimo, chè le branche taglienti della pinza, divaricate, incideranno per conto loro, nel movimento di ritiro della pinza, i tessuti, di quel tanto necessario a permettere il passaggio del corpo che si vuole estrarre.

***

Convinto dell'utilità di questo strumento, del suo facile uso e dei vantaggi che può offrire nella pratica corrente, come io stesso ho potuto constatare in più di un anno di esperimento, lo rendo noto con modestia di intendimenti così come è stato ideato.

RIASSUNTO.

L'A. fa conoscere una nuova pinza da presa e da taglio utilizzabile per l'estrazione, dalla profondità dei tessuti e sotto il controllo radioscopico, dei corpi estranei impermeabili ai raggi Roentgen. Fornisce le norme per l'uso di detta pinza precisandone le indicazioni.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI RESPIRATORI.

La cura della polmonite.

(A. HILLYARD HOLMES. *The practitioner*, maggio 1932).

La polmonite ha una mortalità dal 15 al 40 % quindi la prognosi è sempre piuttosto grave, mentre la diagnosi è facile. È difficile giudicare i risultati delle varie cure, perchè la mortalità oscilla moltissimo anche indipendentemente dal tipo di cura.

È concetto diffuso fra i medici che meno si fa per curare il polmonitico meglio è. Nella cura oggi sono abbandonati gli alcoolici a forte dose, il tartaro emetico e il mercurio e i salassi sistematici. Si discute dell'efficacia dei comuni rimedi (digitale, espettoranti, morfina, ossigeno), e l'uso dei sieri specifici fa sperare in una efficace cura causale.

Intanto l'A. indica quali sono le norme da seguire nella cura della polmonite e broncopolmonite degli adulti.

La causa della morte nei polmonitici è l'insufficienza cardiaca che è conseguenza dell'anossiemia e della tossiemia. I sintomi temibili sono la prostrazione, l'ipotensione, l'ipertermia, e la frequenza aumentata del respiro e del polso e i fattori che contribuiscono a dare questi sintomi di gravità sono il dolore, la tosse, l'insonnia, la denutrizione e altre cause minori.

Il dolore si combatte bene con impiastri caldi (non cantaridati nè senapati, però) o con applicazioni di antiflogistine. Se il dolore impedisce il sonno, non si deve esitare ad usare la morfina o l'eroina che sono anche utili quando c'è tosse stizzosa. La morfina è controindicata se l'espettorazione è molto abbondante e se c'è cianosi.

Contro la tosse secca si può dare codeina, morfina, sciroppo di Tolù.

Gli alcalini possono essere utili per rendere meno vischioso l'espettorato.

L'uso degli espettoranti non è consigliabile sempre; si deve evitare nei casi senza o con poca tosse.

Fin dall'inizio della malattia si deve favorire il sonno, se non ci sono altre indicazioni per usare la morfina, si darà o bromuro, o cloralio o allonal o medinal. A volte è un buon sonnifero il wisky o il brandy in acqua tiepida.

Si eviteranno i rumori, si assicurerà alla camera un buon riscaldamento e una buona aereazione.

Nel periodo più grave della malattia l'alimentazione sarà solo liquida.

Il malato non dovrà affaticarsi nemmeno per prendere la sputacchiera o per bere.

Quando c'è cianosi si deve far respirare ossigeno per mezzo di un tubetto che lo porti direttamente nelle cavità nasali o con una maschera speciale.

Secondo l'A. la digitale è efficace, come pure la stricnina, la caffeina, la canfora, la coramina per combattere la debolezza cardiaca. Se questa compare acutamente si adoperi la strofantina endovenosa. Contro l'ipotensione, adrenalina e pituitrina. Come stimolante cardiaco l'A. consiglia anche soluzione glucosata al 10 %, gr. 200-250 per via endovenosa.

Si dovrà dare alcool specialmente ai bevitori.

Se c'è iperpiressia sono utili le spugnature fredde.

Contro il delirio: ioscina o morfina.

L'uso dei sieri col tipo di pneumococco che ha colpito il malato ha ridotto la mortalità del 10-20 %. Il siero Felton (antipneumococcico I e II) deve essere dato più presto possibile e si adopererà appena dichiarata la polmonite aspettando l'esito della coltura.

Non tutti approvano la vaccinoterapia della polmonite.

La diatermia è consigliata dagli Americani, ma i risultati non sono stati migliori di quelli avuti con applicazioni calde di altro genere.

Il salasso è utile nelle forme con cianosi e replezione delle vene. R. LUSENA.

Le bronco-pneumopatie malariche.

(H. MOURADIAN. *Paris Médical*, 23 aprile 1932)

Che molte bronchiti croniche o acute siano alimentate da una infezione malarica secondaria e che la malaria prepari un terreno favorevole al sorgere ed alla perpetuazione di una in-

fezione polmonare secondaria ma ad agenti patogeni differenti da quelli della malaria è noto. Parecchie bronco-polmoniti possono però avere come causa diretta la malaria, essere il risultato dell'azione diretta degli ematozoari o delle loro tossine sui bronchi e sui polmoni, senza che sia necessario l'intervento di alcuno degli agenti banali di infezione polmonare.

L'A., sulla guida di numerose osservazioni personali, divide le pneumopatie malariche in due classi distinte, forme acute e forme croniche, le une suddivise in forme bronchitiche semplici, forme influenzali semplici e forme influenzali a ripetizione o a ricadute, le altre in forme bronchitiche croniche apiretiche o subfebbrili, forme febbrili continue o pseudotubercolari, forme asmatiche e forme rino-tracheali.

A) *Forme acute.* — I. *Forma bronchitica semplice. La forma influenzale.* La forma bronchitica semplice e la influenzale sono simili nella loro evoluzione e differiscono solo per la loro sintomatologia; nella prima predominano i fenomeni bronchitici, nella seconda i fenomeni influenzali.

La malattia inizia nel modo seguente: Dopo un breve periodo prodromico, durante il quale si hanno dei disturbi banali, compare la febbre, senza sintomi violenti e senza brivido. La febbre si fa alta e ad essa segue la tosse, prima secca, penosa, poi umida, con espettorazione purulenta. Il malato accusa dolori diffusi specie alle coste.

Obiettivamente si riscontrano i segni di una bronchite diffusa con lievi fatti di congestione. Il fegato e la milza sono normali, le urine sono scarse e intensamente colorate. Lingua umida, inappetenza, pelle secca senza traspirazione. In casi rari il malato traspira continuamente senza che la febbre subisca alcuna remissione.

Se si esamina il sangue di questi malati si trovano degli ematozoari. Ma nessuno pensa alla malaria ed il malato è trattato come un semplice bronchitico. Dopo otto-dieci, perfino venti giorni, la febbre, fino allora continua con ondulazioni senza caratteri definiti, cade con sudorazione ed il malato è guarito. Spesso però la guarigione è apparente e la febbre riprende. Ma questa volta la febbre prende una forma francamente malarica. Dopo somministrazione di chinino la febbre scompare e nello stesso tempo la tosse, che persisteva con i segni bronchitici, cede definitivamente.

La forma influenzale è presso a poco la stessa cosa, soltanto sono differenti i segni ascoltatori, il malato è più abbattuto, l'astenia più grave.

All'inizio di questa malattia è impossibile porre una diagnosi diversa da quella di bronchite o di influenza.

È l'esame del sangue, dimostrante la presenza degli ematozoari, e la guarigione con la cura chininica che dimostra la natura malarica dell'affezione.

II. *Forma influenzale a ricadute.* Questa forma è la più interessante. La malattia comincia come una vera influenza, dura da 6 a 12-15 giorni, poi la febbre cade, l'infermo si sente bene; persiste però la tosse. Dopo 15-20 giorni la febbre ricompare, la tosse diviene molto intensa, l'espettorazione abbondante e purulenta. Dopo 6-10 giorni la febbre di nuovo scompare.

Questi ascessi possono ripetersi con una cronologia più o meno regolare e possono gravemente danneggiare le condizioni generali del paziente. Al secondo o al terzo accesso si possono osservare talora striature di sangue nell'espettorato, ma l'esame è negativo per il bacillo di Koch, mentre il sangue che si trova nell'espettorato, si dimostra, al microscopio, alterato come nell'anemia e sopratutto nella malaria. La ricerca dei parassiti nel sangue circolante ed anche nel sangue dell'espettorato diviene positiva.

B) *Forme croniche.* — I. *Forma bronchitica cronica.* È la forma più comune. L'ammalato è tossicoloso da anni ed espettora continuamente. La tosse si arresta durante la prima parte della notte, ma ricomincia verso mezzanotte o verso il mattino. Dopo 20'-60' di tosse penosa si ha un periodo di calma, poi la tosse ricomincia. La malattia è apiretica e presenta periodi alterni di aggravamenti e di remissioni. Caratteristica di questi malati è che, durante l'estate e la primavera, quando l'epidemia locale di malaria ricomincia, gl'infermi si sentono più malati e vanno soggetti ad accessi di bronchite acuta o di influenza o ad accessi franchi di malaria.

L'esame del sangue nel più dei casi è negativo per i parassiti malarici. Si tratta di malati nei quali i parassiti sono annidati in un organo interno (non nel polmone però) e nei quali le tossine sono responsabili delle alterazioni bronchiali.

La diagnosi di questa forma di bronchite cronica sarebbe impossibile a fare se l'infermo non si trovasse in una regione malarica. La storia che l'ammalato fa dei suoi disturbi deve mettere il medico sulla via della diagnosi. Un trattamento con chinino, ma sopratutto con la plasmochina, che si dimostra eroica in queste forme croniche, guarisce sicuramente la malattia.

II. *Forma febbrile, pseudotubercolare.* È assai frequente. La malattia inizia con febbre molto elevata con brivido e raffreddamento cianotico delle estremità, vomiti, diarree, ecc. Presto si installa una tosse penosa, prima secca, poi umida, con espettorato assai abbondante giallo-verdastro. Qualche tempo dopo l'espettorato mostra striature ematiche e possono intervenire piccole emottisi. La febbre dura da 5 a 10 ore ed in generale cade la notte con profusi sudori.

Questo stato può durare alcuni mesi e poi passare a guarigione. Ma le cose possono an-

che prendere un andamento serio e divenire fatali, se non si interviene in tempo ed energicamente. Allora il malato presenta tutti i segni di una tubercolosi polmonare cronica ad evoluzione più o meno rapida. L'ammalato dimagra a vista d'occhio. All'esame dell'apparato respiratorio si ascoltano dei rantoli sottocrepitanti fissi agli apici, con qualche sibilo e ronchi disseminati.

L'evoluzione della malattia si fa per alternative di miglioramenti e di peggioramenti. Con il progresso della malattia la cute degli infermi prende un colorito nerastro, come se si trattasse di un morbo bronzino, la pressione arteriosa subisce una caduta notevole. La bocca diviene secca, l'alito sgradevole, gli occhi brillanti, i pomelli arrossati, le gengive si arrossano e si tumefanno. Si presentano delle epistassi e delle emorragie gengivali, si hanno coliche frequenti, le urine diventano rare, compaiono edemi a localizzazioni multiple, sopratutto alle mani e ai piedi. In queste condizioni, se il malato non è soccorso, può morire di cachessia o per una malattia intercorrente qualunque.

III. *Forma asmatica.* È una forma apirettica, caratterizzata da violenti accessi di asma, che si ripetono tutti i giorni e che sono vinti solo dalla morfina. Nel sangue di questi malati non si riscontrano parassiti, ma si constatano delle alterazioni come nella malaria. La malattia può durare 5-10-20 giorni e cessare immediatamente, per riprendere dopo 1-2-6 mesi di calma. Più frequentemente però i grandi accessi di asma cessano, ma il malato ha continuamente una respirazione difficile ed è molto sensibile a cause eccitanti di varia natura; freddo, calore, indigestione, costipazione possono causare un accesso.

Il trattamento con chinino e arsenico è l'unico mezzo per ottenere la guarigione.

IV. *Forma rino-tracheale.* È caratterizzata da rinite con tracheite a ripetizione. Gl'infermi presentano una febbre leggera e vanno soggetti tutti gli anni a questi accessi. Il chinino apporta la guarigione. C. TOSCANO.

ORGANI DIGERENTI.

Patogenesi e trattamento dell'ulcera peptica post-operatoria.

(R. ALESSANDRI. *Bruxelles Médical*, 22 maggio 1932).

L'A. ha finora osservato 52 casi di ulcera peptica post-operatoria con un totale di 61 ulcere. Quasi tutti erano secondari ad una gastro-enterostomia per ulcera duodenale e sopratutto u. d. callosa. Non ha mai osservato ulcera peptica dopo gastro-enterostomia per gastrite o stenosi extra-piloriche. Si deve perciò considerare l'ulcera post-operatoria come una complicazione dei casi ove c'è una alterazione della secrezione gastrica nel senso di una iperacidità. Poichè solo in una piccola parte delle numerosissime gastro-enterostomie fatte su stomaci iperacidi si vede sopraggiungere l'ulcera post-operatoria, è necessario invocare un altro fattore, che l'A. crede consista nella mancanza di protezione per la bile, per la secrezione pancreatica, per il succo duodenale.

Debbono inoltre aggiungersi cause occasionali e cioè azioni traumatiche, necrosi primitive o secondarie sulla bocca anastomotica, fili di seta, azione meccanica dei cibi ecc.

In ogni gastro-enterostomizzato non guarito bisogna pensare alla probabile esistenza di una ulcera peptica i cui sintomi più caratteristici sono i seguenti: dolore non alleviato dal pasto o dagli alcalini, localizzato obiettivamente a sinistra della linea mediana; emorragie spesso occulte. Spesso l'esame radiologico conferma la diagnosi clinica.

Secondo l'A. la profilassi dell'ulcera post-operatoria consiste nella esecuzione di resezioni larghe, gastro-piloro duodenali. Egli già da parecchi anni ha abbandonato in genere la gastro-enterostomia nella cura dell'ulcera gastrica e duodenale ed ha constatato che le recidive sono state assai ridotte.

Per quello che riguarda la cura dell'ulcera post-operatoria l'A. ha modificato gradatamente le idee e la tecnica.

Prima faceva l'escissione dell'ulcera o la resezione digiunale e una nuova gastro-enterostomia oppure con la soppressione della g. e.; non avendo ottenuto buoni risultati è giunto all'intervento radicale.

Questo consiste in: resezione digiunale e anastomosi termino-terminale del digiuno, resezione larga gastro-piloro-duodenale, seguita da anastomosi gastro-duodenale diretta. Nel caso di una nuova recidiva egli si sforza di praticare una gastro-duodenostomia termino-laterale secondo v. Haberer od una gastro-duodenostomia termino-laterale secondo la sua modificazione, con la seconda porzione del duodeno.

VICENTINI.

La terapia del pilorospasmo del lattante.

(SEIDEL. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 151, 3).

Secondo Wilms il cardiospasmo, il pilorospasmo, la malattia di Hirschsprung non sono solo legati ad uno spasmo duraturo che vieta l'apertura nel meccanismo di vuotamento ma ad una difficoltà di vuotamento.

Hurst mette sotto il nome di acalasia uno stato dello sfintere che non è uno spasmo, ma rappresenta un restringimento duraturo. Tale idea spiega l'osservazione di Lehmann per cui gli sforzi della musculatura del piloro, per vincere l'imperfetta apertura dell'anello pilorico portano in definitiva ad un crampo tetanico.

Da ciò si dovrebbe aspettare che in prima

linea si ipertrofizzasse la musculatura longitudinale della pars pilorica dello stomaco alla quale è da attribuire principalmente l'apertura dell'anello pilorico. Ciò non è per il pilorospasmo dei lattanti per cui l'apertura non è legata alla sola musculatura longitudinale ma vi partecipa il tono della musculatura circolare da solo ed anche in relazione col tono di quella longitudinale. Così che alterazioni nel meccanismo di vuotamento muscolare possono essere apportate da alterazioni nella sfera del vago e del simpatico e forse da alterazioni del sistema autonomo dello stomaco. Su questa idea si fonderebbe la teoria neurogena del pilorospasmo.

Secondo Stolte l'ipertrofia del piloro sarebbe dovuta a fattori endocrini ormonali originatisi nella madre e passati nel figlio attraverso il latte. Tali ormoni produrrebbero nelle bambine l'ipertrofia della musculatura dell'utero, nei bambini ipertrofia della musculatura dello stomaco.

Tale idea viene avvalorata dal legame tra pilorospasmo e sesso maschile, e dal fatto che esso si sviluppa solo nei bambini lattanti e scompare col periodo del divezzamento.

I diversi criteri sulla genesi del pilorospasmo spiegano le varie idee sulla terapia migliore. Di una terapia causale non si può parlare.

Riguardo al trattamento conservativo od operativo vi è un nucleo di pediatri che ammettono la guarigione col trattamento conservativo; i chirurgi invece dimostrano che l'intervento dà una guarigione rapida. Fra questi due gruppi ve n'è un altro di pediatri e di chirurgi che adottano l'uno o l'altro metodo. Per il metodo conservativo Heubner fa prendere il latte a volontà ogni 3 ore, Ibrahim invece ogni ora piccole quantità di latte di donna bollito freddo, altri come Finkelstein, Moll, Sauer, dànno nutrizione concentrata con pappe.

Alcuni consigliano frequenti lavature dello stomaco, altri le sconsigliano.

Fra i medicamenti sono stati usati l'atropina ed il suo derivato l'eumidrina. Ibrahim somministra una goccia di soluzione al 1 ‰ di atropina 3-5 volte al giorno. Finkelstein usa l'iniez. di adrenalina che agirebbe sul vago impedendo il vomito. Eckstein ha cercato di bloccare le vie riflesse del vomito con l'uso dell'adalina, del noctal. È stata usata la terapia fisica con applicazioni calde, la diatermia e le irradiazioni röntgeniche con qualche buon risultato come ha riferito Wilms nel 1918. In due casi di Kemkes la röntgenterapia non diede alcun risultato e i due bambini furono operati in cattive condizioni generali.

Fra i metodi operativi ritorna in uso la divulsione di Loreta modificata da Stiles e Nicoll che fanno la dilatazione del piloro dallo stomaco aperto e da Foramitti che su 19 casi ne ha perduti solo 3.

La piloroplastica alla Mikulicz ha dato risultati cattivi con 50 % di mortalità. La concorrenza al metodo conservativo può essere data solo dal metodo di Weber-Ramstedt, dalla piloroaplastica cioè extramucosa con sutura trasversale incompleta della musculatura secondo Weber o senza sutura secondo Ramstedt.

La mortalità di questa operazione è stata secondo Ibrahim nel 1923 del 10,6 %. Da quell'epoca la mortalità è ancora discesa a 4,95 %. L'A. ne ha operati 29 casi con 3 morti. Così che si ha un miglioramento di quasi il 50 %. La mortalità col metodo conservativo è secondo Ibrahim del 1,9 %; ma nelle statistiche complessive giunge al 10 % così che la mortalità col metodo di Weber-Ramstedt è circa la metà.

Certamente non si possono paragonare i risultati statistici poichè si tratta di casi differenti e che vengono al chirurgo quando il trattamento conservativo non ha dato buon risultato.

Le buone cifre di mortalità con l'operazione di Weber-Ramstedt sono seguite dai buoni risultati funzionali e definitivi: il vomito cessa, o dura solo per poco tempo, il peso del corpo aumenta. Inoltre il trattamento operatorio abbrevia il lungo trattamento in quelle date condizioni. Vi sono dei casi nei quali l'operazione di Weber-Ramstedt fatta bene ha dato insuccesso come in quelli riferiti da Mandl di Vienna e Seifert di Würzburg nei quali il vomito continuò e si ebbe la morte.

Questi casi si possono spiegare col fatto che nella mucosa rimane un fascio muscolare per cui si ha una operazione incompleta.

Dal raffronto dei risultati del trattamento conservativo ed operativo si deve desumere che tutti i casi di pilorospasmo devono essere operati senza perdere il tempo utile in un trattamento che fa decadere lo stato generale.

Il risultato dell'operazione dipende da vari fattori fra cui la rapidità.

L'A. l'ha compiuta non in 3 minuti come Wilms o 7-10 minuti come altri operatori ma in un poco più di tempo. Opera sempre senza narcosi da inalazione ma con iniezione di luminal nella quantità di gr. 0,04-0,1; per via sottocutanea o muscolare un'ora prima dell'operazione. Adopera sempre il taglio pararettale destro.

È necessaria una perfetta emostasi del taglio nel piloro. Si deve evitare qualunque lesione della mucosa pilorica.

R. BRANCATI.

Il cancro del retto. Osservazioni sulla diagnosi e le indicazioni operatorie.

(R. Gouverneur e P. Oury. *La Presse Médicale*, n. 23, 19 marzo 1932).

Malgrado i progressi nella diagnosi e nella tecnica operatoria, il cancro del retto ha una detestabile riputazione più per i medici che per i chirurgi. Un malato affetto da questo neoplasma sarebbe votato presto o tardi a un ano iliaco definitivo, che non fa che ritardare di qualche mese l'esito fatale. Recentemente ha avuto luogo una discussione sull'argomento alla Società di gastroenterologia, e Hartmann ha presentato dei risultati favorevoli a molta distanza dall'intervento, alcuni rimontano a più di venti anni.

Senza voler pretendere che il cancro del retto sia un'affezione di lieve entità, gli Autori vogliono affermare che nella cura dei tumori maligni del retto si possono ottenere dei buoni risultati; e per illustrare questa tesi essi discutono il problema diagnostico e curativo riferendosi ai casi da loro operati.

Diagnosi. — Molto spesso è tardiva perchè viene confusa con un'enterite, dispepsia, emorroidi.

Nella loro statistica gli AA. hanno diagnosticato il cancro: nel 60 per cento un anno dopo i primi sintomi, nel 30 per cento sei mesi dopo; nel 10 per cento i sintomi datavano da circa tre mesi.

Una diagnosi precoce è difficile perchè spesso il tumore non dà segni che quando l'infiltrazione è molto vasta.

L'età che dà il maggior numero di malati è quella dei 50 anni, ma non è raro anche nei giovani.

Per la diagnosi è molto utile l'esplorazione digitale del retto nella posizione dorsale, mentre la mano sinistra del medico deprime la regione ipogastrica; si pratica poi una rettoscopia durante la quale si farà un prelevamento per la biopsia.

Le diagnosi differenziali con la proctite proliferante e stenosante e la rettocolite sono note e non presentano difficoltà. La sola diagnosi differenziale importante è con i tumori villosi situati in alto e non raggiungibili all'esplorazione digitale.

Cura. — Su 104 casi diagnosticati gli AA. ne hanno operati 80; 55 hanno subito un'exeresi e 25 un ano iliaco palliativo di derivazione. Gli AA. sono in genere favorevoli all'intervento, e lo escludono solo nei casi in cui l'asportazione del tumore non può essere materialmente fatta.

Le tre maniere d'intervento: perineale, addominale e combinato, si riferiscono alle tre varietà del cancro del retto; e cioè al cancro ano-rettale, al cancro ampollare e a quello retto-sigmoideo.

Cancro ano-rettale.

Per questa forma clinica è necessario un esame istologico che suggerirà la cura; i cancri ad epitelio cilindrico ghiandolare saranno sottoposti a un intervento chirurgico, gli epiteliomi baso- o spino-cellulari subiranno una cura di radium.

Il trattamento chirurgico da tutti adottato è l'amputazione perineale; ad essa si fa precedere un ano iliaco sinistro e dopo circa tre settimane si pratica l'amputazione; è indispensabile di associare l'asportazione dei gangli inguinali.

La prognosi dei cancri ano-rettali è infausta: essi dànno la più corta durata di sopravvivenza e le recidive si hanno nella regione perineale, inguinale, nel grasso delle fosse ischio-rettali.

Cancro retto-sigmoideo.

Nella diagnosi l'esplorazione digitale è insufficiente data la situazione alta del tumore, sarà perciò molto più utile un esame rettoscopico.

L'intervento indicato è quello classico di Hartmann o amputazione addominale; essa è però controindicata per i tumori situati a livello del Douglas e tanto più per quelli che lo oltrepassano in basso.

Gli AA. hanno operato 13 casi di cancro rettosigmoidei, con 3 morti, e cioè il 23 per 100 di mortalità.

Cancri ampollari.

Formano la grande maggioranza dei cancri del retto, e per essi si discute sulla scelta dell'intervento:

Amputazione addomino-perineale. — Fino a pochi anni fa si pensava che avrebbe preso il primo posto nella chirurgia rettale a preferenza della vecchia operazione di Lisfranc o amputazione perineale. Ma quest'intervento ha un elevato tasso di mortalità che oscilla, secondo le statistiche, dal 20 al 40 per 100.

L'amputazione addomino-perineale offre dei vantaggi tecnici nell'operazione perchè permette l'asportazione completa del tumore e dei gangli infiltrati, ma per la gravità dell'intervento non può essere consigliata che nei pazienti con uno stato generale buono, e dopo un esame soddisfacente dello stato del cuore, dei polmoni e dei reni. Gli AA. riferiscono infatti di aver perduto dei malati in 6ª e 8ª giornata di uremia, embolia, indebolimento progressivo.

Per la tecnica dell'operazione gli AA. propongono una modificazione da loro esperimentata con successo; e cioè che il tempo addominale sia molto corto, contrariamente all'opinione classica. Bisogna per via addominale se-

zionare a racchetta il fondo del Douglas e rimontare lungo il mesocolon pelvico, sezionare l'intestino in un punto conveniente, e legare i vasi emorroidari superiori. Il retto, organo prima di tutto perineale, deve essere asportato dal basso; perciò il tempo perineale è per gli AA. il più importante dell'operazione.

Questa modificazione ha fatto diminuire lo choc e ha semplificato la tecnica dell'intervento.

Gli AA. hanno praticato 10 amputazioni addomino-perineali con 2 morti, cioè il 20 per 100 di mortalità.

Amputazione perineale. — In tutti gli altri casi, malati grassi, deboli o vecchi si deve adottare la via perineale. La resezione con conservazione dello sfintere deve essere rigettata perchè non permette una asportazione completa dei tessuti e gangli infiltrati dal tumore, e sono proprio questi tessuti che devono essere più sacrificati se si vogliono ottenere dei buoni risultati a distanza. Nell'amputazione invece si può fare uno svuotamento completo della regione con serie probabilità di guarigioni a distanza.

Dal punto di vista tecnico dell'operazione perineale si fa precedere un ano iliaco che semplifica molto l'atto operativo e lo rende meno grave.

Riassumendo, gli AA. hanno voluto mostrare che il cancro del retto non merita quella così cattiva riputazione che ha ancora presso la maggioranza dei medici. I risultati a distanza, quando è stato operato precocemente, sono certo più soddisfacenti che per gli altri tumori del tubo digestivo. Le metastasi sono molto rare, frequente è la lunga sopravvivenza, come attestano i casi operati dall'Hartmann e raccolti nella sua interessante statistica.

R. MARTONE.

Appetito e insulina.

(L. H. NAHUM e H. E. HIMVICH. *American Journal Medical Sciences*, maggio 1932).

L'insulina esercita un'azione importante nel meccanismo di produzione della fame.

Nel 1924 Harris descrisse casi di iperinsulinismo nei quali i pazienti erano tormentati da una fame insaziabile.

Bulatao e Carlson iniettando insulina nei cani normali ottennero un aumento della motilità gastrica che era rapidamente inibita da iniezioni di glucosio.

Medesimi risultati ottennero nell'uomo Quigley, Johnson e Salomon.

Questo semplice metodo per ottenere aumento dell'appetito raramente è stato adoperato in clinica, quantunque nei pochi casi riferiti il risultato sia stato dei più incoraggianti. Falta nel 1925 adoperò il metodo in tre individui molto deperiti ai quali somministrò l'insulina come stimolante dell'appetito. Due di essi soffrivano un'infezione cronica della gola, mentre il terzo oltre l'intenso dimagrimento non presentava altri disturbi. Falta iniettò loro 10-15 unità d'insulina ogni tre ore. I pazienti furono presi da insaziabile appetito, consumarono una gran quantità di alimenti e nel periodo di 20-40 giorni guadagnarono da tre a sei chilogrammi. In un caso l'appetito fu così intenso da rassomigliare alla bulimia.

Il numero dei soggetti che sono magri, essendo per altro normali, è notevole. Se si aggiungono ad essi i convalescenti di lunghe malattie e coloro che si nutriscono insufficientemente per stati depressivi o ansiosi si ha un totale di deperit veramente considerevole. In questi soggetti l'appetito è scarso in modo che l'alimentazione è insufficiente a mantenere l'equilibrio nutritivo. L'uso di tonici e di amari per lo più lascia il tempo che trova, mentre il trattamento insulinico dà risultati rapidi e sicuri.

La cura s'inizia iniettando sottocutaneamente tre unità d'insulina ogni tre ore. Per prevenire possibili reazioni i soggetti sono invitati a mangiare liberamente da mezz'ora a tre quarti d'ora dopo l'iniezione. Si aumenta la dose dell'insulina gradualmente fino a somministrarne 10 unità ed anche più ogni tre ore. Il paziente deve essere avvertito che in caso di disturbi deve ingerire notevoli quantità di carboidrati.

Gli autori hanno adoperato il metodo quattro volte sempre con successo. Un soggetto guadagnò sette Kgr. in 20 giorni, un secondo tre Kgr. in 12 giorni, un terzo tre Kgr. in 20 giorni, ed un quarto cinque Kgr. in 39 giorni. Le reazioni all'insulina furono relativamente lievi tenuto conto che nelle dette persone che erano normali si giunse ad iniettare quotidianamente fino a 45-65 unità.

Da alcuni si è attribuito l'aumento di peso a ritenzione di acqua. Ma contro questa opinione stanno i seguenti fatti: l'aumento di peso permane anche dopo la sospensione del trattamento; talvolta l'insulina riesce diuretica pur provocando aumento di peso.

È evidente che l'insulina provoca deposito di grasso.

È ben noto che i conigli adoperati per il dosaggio dell'insulina ingrassano rapidamente. Come è noto che i cani depancreizzati sottoposti al trattamento insulinico e convenientemente alimentati aumentano di peso. D'altra parte la maggior parte dei diabetici guadagnano in peso quando sono curati con l'insulina e si alimentano liberamente.

È rilevante il fatto che la cura insulinica rende gradevoli cibi che prima s'ingerivano con difficoltà o provocavano addirittura nausea.

È noto come negli stati depressivi ed ansiosi si abbia perdita dell'appetito e corrispondentemente dimagrimento. Recenti lavori han-

no messo in evidenza come le condizioni psichiche possano produrre questi effetti attraverso il meccanismo insulinico. Beattie, Brow e Long hanno messo in evidenza le vie anatomiche tra l'ipotalamo e le fibre simpatiche del midollo, le quali stabiliscono una connessione diretta tra il cervello ed il sistema simpatico. L'eccitazione di quella regione del cervello produce un aumento della pressione sanguigna e una scarica di adrenalina da parte delle surrenali, la quale, come è noto, tende ad inibire l'attività insulinica. D'altra parte l'eccitazione del simpatico paralizza la motilità gastrointestinale ed inibisce la produzione d'insulina per azione diretta sulle cellule pancreatiche.

Si spiega così come gli stati emotivi possano attraverso il simpatico influire sul meccanismo insulinico e diminuire l'appetito. DR.

VIE URINARIE.

I leiomiomi della vescica.

(GAROFALO. *Arch. It. d'Urologia*, n. 3, 1932).

L'A. osserva che i tumori muscolari omoplastici della vescica urinaria, un tempo confusi con i processi infiammatori della vescica e della prostata sotto la generica denominazione di fungus vescicae (Chopart) sono piuttosto rari; di quelli pubblicati sono pochi i casi diagnosticati ed operati per tali.

L'A. ne riporta un caso operato, indi passa a fare uno studio d'insieme dei leiomiomi.

Caso: Contadina di anni 37 maritata. Padre morto a 61 anni di carcinoma dello stomaco. La paz. da 7 mesi aveva disturbi nella minzione caratterizzati da pollachiuria, lieve ematuria seguiti da disuria e stranguria.

L'es. delle urine dava: traccie di albumina, numerose emazie e leucociti. La cistoscopia mostrava a sin. e in basso una rilevatezza globosa ricoperta da mucosa liscia, solo in un punto ulcerata. Sbocco ureterale di sin. nascosto. Venne formulata la diagnosi di tumore cavitario con ulcerazione. La cistografia fece vedere un difetto di riempimento a carico del contorno inf. di sin.

Praticata la cistotomia soprapub. viene incisa la mucosa e si asporta un tumore di gr. 60 avente forma irregolare, consistenza elastica, colorito giallo-roseo, con base d'impianto ampia.

Il tumore in parola risulta microscopicamente costituito di masse compatte di cellule allungate, raggruppate in fasci con nucleo a bastoncino e protoplasma fortemente colorato dall'eosina.

Dai caratteri morfologici e tintoriali si riconoscono le fibre muscolari liscie divise da tessuto connettivo. Trattasi di miofibroma, simile a quelli che comunemente si riscontrano nell'utero.

Molte sono le denominazioni date a questi tumori.

L'A. preferisce chiamarli miofibromi o semplicemente leiomiomi, denominazione che chiarisce meglio l'origine e la natura istioide del tumore. I tumori vescicali benigni a fibre muscolari liscie fino ad oggi noti ammontano a 40 casi.

Essi prevalgono nella donna. Sono stati osservati tra i 30 e i 50 anni.

L'A. esamina le teorie istiopatogenetiche propendendo per la teoria embrionale di Durante-Chonheim. Descrive le forme anatomiche ed i relativi segni fisici e funzionali interpretandone le cause e vagliando i mezzi per ricercarli. L'A. tratta in succinto delle complicanze e della terapia che deve essere chirurgica tanto nei leiomiomi cavitari quanto in quelli interstiziali e periferici. Rileva i buoni risultati post-operatori immediati avutisi in quest'ultimo ventennio e il felice esito ottenuto nella sua operata.

SCANDURRA.

La pielografia con abrodil per via rettale.

(E. TANT. *Bruxelles Médical*, 22 maggio 1932).

L'abrodil era da principio adoperato soltanto per via endovenosa nella pielografia per via retrograda. Fu Köhler che lo usò per primo sotto forma di enteroclisma.

Il malato da esaminare vien lasciato digiuno dal giorno prima. Due ore prima dell'iniezione intra-rettale di abrodil, si pratica un clistere. La soluzione opaca vien preparata sciogliendo gr. 30 di abrodil in 50 cc. di acqua, con aggiunta di 15 gocce di laudano. L'iniezione si fa nel retto per mezzo di una sonda. Una prima radiografia è presa dopo una trentina di minuti e sviluppata subito. Se su di essa non si scorge alcuna traccia dei bacinetti, la seconda radiografia vien presa al 60° minuto; se invece si constata un inizio apprezzabile di eliminazione di abrodil, al 45° minuto. Occorrendo una terza radiografia viene eseguita tra il 75° e il 90° minuto.

L'A. ha praticato in quattro malati, la pielografia per via rettale ottenendo sempre risultati molto soddisfacenti.

Precedentemente Köhler, Sichel e Boeckel avevano fatto dei tentativi quasi infruttuosi.

È merito dell'A. di aver determinato più esattamente il momento della eliminazione massima, il che gli ha permesso di ottenere dei clichés pielografici la cui nettezza è da paragonarsi con quella di molte pielografie ottenute con la introduzione del liquido opaco per via endovenosa.

Del resto questo metodo è solamente all'inizio ed è da augurarsi che sarà perfezionato fino al punto di poter rivaleggiare con la pielografia per via sanguigna della quale, cosa assai confortante, non ha certi inconvenienti. VICENTINI.

Sorprese nella chirurgia della prostata.

(MELTZER. *The Urologic and Cutaneos Rewiew*, vol. 35, n. 6, giugno 1931).

L'A. osserva che nelle malattie chirurgiche della prostata il curare i vari dettagli, tanto prima che dopo l'operazione è forse più importante della stessa tecnica operatoria per avere dei buoni risultati.

Vi sono delle uretre ipersensitive in cui il passaggio di un semplice catetere molle può determinare dei pericoli, mentre all'opposto ci sono dei vecchi prostatici che fanno il cateterismo per anni trascurando ogni asepsi.

Vi sono uretre che sanguinano facilmente, che sono dolenti, che per il semplice passaggio di un catetere danno febbre e ritenzione urinaria, e financo fatti di uremia.

L'A. ricorda che in questi casi la reazione dell'urina ci indica se dobbiamo somministrare acidi o alcali.

Distensione vescicale: due tipi: vesciche cronicamente distese e vesciche distese acutamente.

Qualche volta è pericoloso vuotare completamente le vesciche distese, specie nei casi acuti. Allo svuotamento rapido può verificarsi congestione del rene con conseguente anuria. Quindi è prudente fare degli svuotamenti parziali.

Nelle ritenzioni acute e nelle vesciche iperdistese è consigliabile applicare un catetere che dreni la vescica gradualmente e lentamente.

Valore ed importanza del cistoscopio prima di procedere alla prostatectomia. — Lo studio cistoscopico della vescica e del suo collo è di grande importanza per l'intervento da stabilirsi, per constatare l'esistenza di calcoli, diverticoli, neoplasie.

Non sempre la cistoscopia può esser fatta. Negli individui con distensione urinosa la cistoscopia dev'essere praticata solo quando lo consentano le condizioni generali. Se è stato praticato il drenaggio sia con catetere a permanenza che per via soprapubica, la cistoscopia si faccia solo dopo alcune settimane. È importante osservare le condizioni del collo e precisare la causa della sua ostruzione se dovuta a fibrosi, a contrattura o ad ipertrofia di uno o di più lobi prostatici.

Osservare la grossezza dei vari lobi; tale conoscenza è importante per la enucleazione da farsi.

Vasectomia bilaterale per prevenire le epididimiti. — L'A. ha fatto sempre negli ultimi sei anni la sezione dei deferenti e non ha osservato più epididimiti. La vasectomia bilaterale deve precedere il catetere a permanenza. Se si applica il drenaggio soprapubico la vasectomia deve essere fatta prima della cistostomia.

Pericoli della prostatectomia in un tempo. — L'operazione in un tempo è più facile ma è pericolosa.

Pericolo di affrettare il II tempo dell'operazione. — Il II tempo deve farsi quando le condizioni generali del paziente sono migliorate. Il tempo utile per esso intervento varia da caso a caso. Se tutto è favorevole può farsi da 2 a 6 settimane dopo il drenaggio. Qualche volta l'enucleazione della prostata va rimandata da uno a vari anni.

Controllo dell'emorragia dopo la prostatectomia. — I due mezzi migliori per arrestare l'emorragia sono: 1) zaffamento con garza imbevuta di tromboplastina; 2) sacchetto di gomma disteso con liquido od aria collocato nell'uretra prostatica. In caso di anemia acuta provvedere con trasfusione.

In caso di calcoli si provveda all'asportazione. La rimozione di neoplasie o la escissione di diverticoli è difficile e devono essere fatte dopo il drenaggio preliminare.

I vantaggi del metodo soprapubico e del perineale dipendono dalla bravura dell'operatore. La rachianestesia sembra il metodo migliore.

Complicanze: pneumonite, uremia, adinamia cardiaca, embolia. SCANDURRA.

Esiti permanenti di operazioni plastiche conservative nell'idronefrosi.

(H. WILDBOLZ. *Z. f. Urol. Chir.*, vol. 31, f. 3-4, 1931).

Nella cura delle idronefrosi, già da tempo si sono proposti numerosi metodi conservativi, i quali però — pur rappresentando quanto di meglio si potesse desiderare — non hanno mai avuto una durevole fortuna. La ragione di tali insuccessi, non consisteva tanto nell'apprezzamento inesatto delle difficoltà tecniche, quanto nella persuasione che tali interventi dovessero fallire allo scopo, essendo diffusa l'opinione che la maggior parte delle idronefrosi riconoscesse non una causa meccanica, ma una dinamica. Si ripeteva ancora qualche cosa di analogo di quanto succedeva molti anni or sono a proposito della prostatectomia. Tale operazione — secondo Guyon — doveva riuscire inutile, in quanto che i disturbi e la ritenzione dei prostatici riconosceva soltanto una causa dinamica e non meccanica. Ma i fatti hanno smentito una tale affermazione.

Eppure non mancano nella letteratura esempi di plastiche ben riuscite e controllate autopticamente a distanze ragguardevoli dall'intervento. Ma son tutti contributi isolati. Wildbolz espone la sua casistica. Su 86 casi di idronefrosi, egli praticò subito in 59 una nefrectomia; negli altri 27 fu tentata una cura conservativa. In questi ultimi, la causa dell'affezione risiedeva 11 volte in ostacolo da vaso accessorio, 7 in una stenosi o presenza di speroni dell'uretere, 8 in un suo inginoc-

chiamento. In un sol caso non era dimostrabile un ostacolo meccanico. L'importanza del vaso accessorio nella produzione dell'idronefrosi viene assolutamente negata da alcuni AA. Eppure — esclama Wildbolz — il mutamento delle condizioni anatomiche dopo sezione del vaso è così evidente, che non ne è possibile negare gli intimi rapporti tra i due fenomeni.

Wildbolz, poi, è contrario alla sezione del vaso, poichè la possibilità di un infarto (i vasi accessori son vasi terminali!) esiste sempre anche quando non dia segni clinici evidenti e perchè non è possibile negare aprioristicamente la minaccia di un'emorragia secondaria talora mortale. La sezione del vaso è lecita solo quando si tratta di una vena e quando la sua compressione digitale sia seguita da una zona limitatissima di alterata colorazione. Ma come regolarsi dunque in tali casi? Talora può riuscire di liberare l'uretere dalle sue aderenze col vaso e di procedere poi ad una nefropessi. Ma è un'evenienza rara.

Gottstein consiglia la sezione e la sutura in posizione adatta del vaso accessorio; ma la proposta non è stata mai seguita.

Invece l'operazione di scelta dev'esser la sezione dell'uretere e la sua struttura capo a capo in posizione favorevole.

E difatti W. riporta per esteso alcuni casi personali nei quali la stasi pielica scomparve mediante l'operazione suddetta. Questi risultati offrono anche un interesse straordinario in quanto che dimostrano come la sezione o la resezione del punto pieloureterale non ostacoli la propagazione dell'onda peristaltica nè il suo ritmo; contrariamente all'opinione di Alskne e di Legueu. L'uretere resecato nel punto di incrocio dei vasi, non presentava sempre i segni di una cicatrice, ma solo un aumento del connettivo nella muscolare, infiltrazioni leucocitarie perivascolari; eccezionalmente un'atrofia muscolare dell'uretere, con ispessimento della mucosa. Notevolmente deformata era sempre la zona compressa dai vasi.

La tecnica seguita dal Wildbolz è quanto mai semplice: consiste nella resezione del tratto accavallato di uretere seguita dalla sutura capo a capo in giusta posizione. Sutura a punti staccati in catgut finissimo con tre punti di sostegno. Di importanza fondamentale è un drenaggio pielico protratto per 10-14 giorni onde evitare la distensione della linea di sutura. Dalle storie riferite accompagnate da relativi pielogrammi emerge la conclusione che il successo, controllato anche a distanza di tempo considerevole dall'intervento, si manifesta evidente non solo dopo la resezione ma anche dopo la pieloneostomia e l'operazione di Fenger. Solo due volte il successo mancò e nei due casi su ventisette si trattava di idronefrosi in cui non fu potuto dimostrare un ostacolo meccanico. Ma a conforto dei resultati ottenuti è da ricordare il fatto che il successo seguì l'intervento anche in reni infetti, ciò che contrasta con ciò che venne affermato da altri autori secondo i quali la presenza di una infezione controindicherebbe senz'altro una terapia conservativa. Non bisogna ritenere però che interventi conservatori in reni idronefrotici possano guarire con una restitutio ad integrum perfetta. Bisogna contentarsi della guarigione clinica e dell'arresto della progressività del male. Purtroppo è difficile giudicare della capacità funzionale di un rene idronefrotico. Bisogna sincerarsi poi anche della capacità contrattile dell'uretere mediante eccitamenti meccanici. Ma tali tentativi vanno fatti soltanto dopo la liberazione completa del tratto malato. Una sola indispensabile premessa per la possibilità di un successo: la presenza di un ostacolo meccanico. Ma la giusta interpretazione del reperto offre gravi difficoltà: questa forse è la ragione della diversità di opinione dei diversi operatori. Ma i resultati degli interventi di Wildbolz autorizzano anzi obbligano ogni chirurgo, di fronte ad una idronefrosi verosimilmente da causa meccanica ad una terapia conservativa, per lo meno in un primo tempo. E. MINGAZZINI.

PROBLEMI DISCUSSI.

Sulla diagnosi e cura dell'ascesso del polmone.

L'argomento è stato oggetto di ampia discussione il 3 febbraio 1932 in un'adunanza della Sezione di medicina e chirurgia della Reale Società di Medicina di Londra dopo una relazione di R. A. Young (*Proceeding of the Society of medicine*, maggio 1932).

Questi, dopo aver accennato alla difficoltà di classificare i tipi di ascesso polmonare e le sue cause, ha detto che gli ascessi polmonari possono dipendere da inalazione di corpi estranei o di materiale infettivo nei bronchi (e spesso questo avviene nel lobo superiore) o da polmonite (ascesso metapneumonico) o da emboli (ascessi embolici) o da estensione al tessuto polmonare di processi suppurativi vicini (bronchi, mediastino, organi addominali, nali, vertebre) o da ulcerazioni di tumori o da alterazioni necrotiche di tessuto polmonare con modificazioni vascolari, o da ferite del torace o associarsi a gangrena.

L'empiema interlobare può simulare tanto bene l'ascesso polmonare da essere a volte impossibile la diagnosi differenziale. La diagnosi differenziale colla bronchiettasia è possibile qualche volta soltanto col lipiodol.

L'anamnesi ha particolare importanza nella diagnosi. Bisogna ricordare che non sempre l'ascesso polmonare ha inizio acuto. L'ascesso polmonare può dare febbre alta o no, regolare o irregolare, può accompagnarsi a tosse a volte parossistica, con espettorazione abbondante di pus quando l'ascesso si è aperto.

Nell'ascesso cronico l'espettorato somiglia a quello della bronchiettasia e può disporsi nei 3 strati noti.

L'emottisi si ha nel 70 % dei casi e può qualche volta essere mortale. C'è spesso dolore e dispnea; nei periodi acuti si hanno profuse sudorazioni.

I sintomi fisici dell'ascesso polmonare sono spesso lievi ed equivoci in modo sconcertante; se l'ascesso è profondo possono anche mancare sintomi. Per lo più c'è ottusità con riduzione del murmure e presenza di rantoli; se si hanno rapidamente fenomeni cavitari la diagnosi di ascesso è più facile. Negli ascessi multipli disseminati la sintomatologia locale può essere quella di una broncopolmonite.

Le dita a bacchetta di tamburo possono formarsi quando la malattia dura da 6 a 8 settimane.

L'esame radiologico, specialmente nelle forme non acute, è spesso decisivo per la diagnosi. Specialmente se si fanno varie proiezioni e si usa anche il lipiodol, il quale però abitualmente non penetra nell'ascesso, essendo per lo più ostruito il bronco che vi conduce (a volte però vi penetra sia pure con poche gocce).

La leucocitosi è costante. L'esame dell'espettorato è importante sopra tutto nei riguardi delle fibre elastiche, la cui presenza è contro l'empiema interlobare, e dovrà essere completato colla cultura.

La puntura esplorativa è pericolosa.

La cura dev'essere unicamente medica all'inizio, perchè si sa che da 10-30 % degli ascessi che si aprono spontaneamente guariscono, specialmente se localizzati al lobo superiore. Ci si limiterà a trattare il malato all'inizio come un polmonitico. Appena l'ascesso si rompe, si metterà il paziente nella posizione più adatta per facilitare lo svuotamento ed impedire il riempimento dell'albero bronchiale. Si usino espettoranti, e, se la secrezione è fetida, balsamici. Nelle forme gangrenose è utile l'arsenico in composizione organica.

Se entro sei settimane non c'è tendenza a migliorare, si ricorra alla cura chirurgica, anche se l'ascesso si è rotto; se non si rompe, l'intervento può essere indicato anche precocemente. L'evacuazione broncoscopica è indicata solo negli ascessi rotti.

La toracotomia è utilissima in alcuni casi.

Young è nettamente contrario alla collassoterapia pneumotoracica, anche se questa ha dato buoni risultati, per i pericoli di rottura con infezione pleurica successiva. La toracoplastica si farà in casi di ascesso cronico, grande, o di ascessi multipli, specialmente se con bronchiettasie secondarie.

La frenicectomia può essere utile quando l'ascesso si è aperto spontaneamente ma il drenaggio è insufficiente o quando si sta formando la bronchiettasia secondaria o prima di fare una toracoplastica.

La lobectomia può essere utile, ma Young spera che non si estenda di più e che col tempo non si adoperi.

Non siamo in grado di evitare le più gravi complicazioni, rappresentate dalla broncopolmonite settica e dall'ascesso cerebrale.

Altre complicazioni che eventualmente si dovranno curare sono l'empiema pleurico, la suppurazione della parete toracica, la fistola bronchiale.

Nella discussione seguita a questa comunicazione John Hunter ha insistito sul quadro radiologico dell'ascesso, sulla necessità di non fare l'anestesia generale se si decide di intervenire ed ha ricordato alcuni esperimenti suoi che dimostrano la via embolica come via di produzione dell'ascesso polmonare specialmente se associata ad anestesia inalatoria.

James Maxwell ha ricordato che col nome di ascesso polmonare sono indicate varie condizioni, compresa la gangrena, e ha trattato della diagnosi differenziale col cancro, coll'empiema localizzato, coll'induramento polmonare e colla bronchiettasia. Egli ritiene che il trattamento medico sia di scarsissimo valore, mentre quello broncoscopico sia importante.

In modo particolare si è diffuso sul trattamento broncoscopico E. Negus.

Alla discussione hanno partecipato anche Peter Kerley, S. T. Burwel e A. Tudor Edwards, il quale ultimo ha raccomandato nella cura la pneumolisi.

R. LUSENA.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

L'uso del Neon nella pratica del pneumotorace artificiale.

(RAIMONDI e ALBERTAL. *Archivos de Tisiologia*, aprile 1932).

Il Neon appartiene alla categoria dei gas inerti mono-atomici, chiamati nobili a causa della loro stabilità, autonomia chimica ed innocuità.

Gli AA. lo hanno adoperato in quattro malati sottoposti alla cura del pneumotorace artificiale. Dallo studio accurato di questi casi sono giunti alla conclusione che il Neon si riassorbe più rapidamente dell'aria, non produce incidenti immediati o tardivi, non provoca versamento pleurico, complicazione frequente nel pneumotorace artificiale.

Per quanto gli AA. non abbiano avuto a disposizione un gas chimicamente puro, tuttavia essi sono d'avviso che la miscela da loro adoperata (Neon 74 %, Hallin 24 %, Azoto 2 %) sia da preferirsi all'aria atmosferica filtrata comunemente in uso nella pratica del pneumotorace artificiale.

Essi si ripromettono di continuare i loro studi adoperando il gas Argon e gli altri gas rari che potranno procurarsi.

VICENTINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. H. ROGER e L. BINET. *Traité de physiologie normale e pathologique*, t. II. *Alimentation et digestion*. Vol. in-8° di pp. 565. Masson, Paris, 1931. Fr. 100.

È il 4° volume sinora pubblicato del Trattato di fisiologia normale e patologica che sarà completo in undici volumi. L'opera è dovuta alla collaborazione di circa 140 autori, tra i quali sono compresi i nomi più noti dei biologi della Francia, del Belgio e della Spagna, ecc.

Il primo capitolo del volume tratta degli alimenti e della razione alimentare; è una trattazione fatta da un chimico (Desgrez) e da un fisiologo (Bierry), stringata, sintetica (54 pag.) ma completa e perfettamente aggiornata; forse rispetto ad altri capitoli è nel primo poco trattata quella parte che dà un particolare interesse a tutta l'opera e che è costituita dalla fisiopatologia.

Anche le vitamine sono svolte in maniera sintetica e il capitolo non può dirsi completamente messo a punto rispetto alle questioni più recenti; la deficienza è tuttavia lieve e scusabile in quanto si tratta di un problema in piena evoluzione.

Interessanti i brevi capitoli sulla fame e sulla sete: vi sono citate le concezioni del Gemelli sull'istinto e le esperienze del nostro Valenti sulla genesi della fame e della sete; prevalentemente bene svolte sono le pagine sulla psicofisiopatologia e sulla fisiopatologia della fame, ma in queste ultime sarebbe stato opportuno un accenno all'iperinsulinismo.

Nel capitolo sulle ghiandole salivari prevale largamente la traduzione delle classiche ricerche sperimentali di 30-50 anni addietro sulla fisiologia della secrezione salivare.

Il resto del libro è dedicato allo studio delle secrezioni dello stomaco, dell'intestino, e della secrezione esterna del pancreas. Capitoli a parte riguardano lo studio dell'assorbimento digestivo, delle azioni microbiche nel tubo digerente e dei movimenti dell'apparato digestivo.

La trattazione delle secrezioni digestive è molto ampia come l'argomento merita; a proposito della secrezione gastrica sono riportati tutti i metodi di valutazione che si usano anche in clinica comprese le prove cromoscopiche e radiochimiche e largamente svolti sono i metodi di dosaggio dei fermenti gastrici.

Sull'origine dell'acido cloridrico l'autore si riporta principalmente alla teoria di Maly secondo il quale avverrebbe un fenomeno di doppia scomposizione per il quale dal cloruro di calcio e dal fosfato disodico, si formerebbe fosfato di calcio, cloruro di calcio e acido cloridrico.

Di grande importanza fisiopatologica è la trattazione delle alterazioni della secrezione e della sensibilità dello stomaco, quella dell'ipersecrezione cloridrico peptica, del problema dell'auto digestione dello stomaco, delle ulcerazioni gastriche, dei microbi, dei gas e dei veleni dello stomaco, delle fermentazioni gastriche, delle condizioni di vita nell'organismo privato dello stomaco, organo che dalle osservazioni cliniche e sperimentali non si dimostra del tutto indispensabile alla sopravvivenza.

Particolarmente interessanti sono i capitoli sulla fisiologia dell'intestino e della secrezione esterna del pancreas. I fermenti dell'intestino tenue sono svolti in maniera che può dirsi completa; l'autore si occupa anche dell'esistenza di fermenti ipotetici, della questione se vi sia adattamento delle secrezioni dei fermenti alla natura degli alimenti; della protezione della mucosa con una antitripsina contro l'attacco digestivo. Notevole è anche la trattazione sulle funzioni d'escrezione della mucosa intestinale: l'escrezione del ferro, del calcio, del magnesio, la ripartizione dell'acido fosforico, del calcio, e del magnesio tra feci e urine: la funzione endocrina dell'intestino: la secretina.

Interesse fisio-patologico presentano i capitoli sui risultati della resezione dell'intestino, sulla sindrome d'occlusione intestinale, sulle relazioni funzionali fra intestino e pancreas. La questione della secretina è ripresa da Delezenne nella trattazione sul pancreas: la secretina, la prosecretina, le concezioni di Bayliss e Starling; la specificità della secretina, la sua natura chimico-fisica, i meccanismi nervosi umorali della secrezione pancreatica; segue la molto ampia trattazione dei fermenti pancreatici.

Originale per un libro di fisiologia è il modo come è svolto il capitolo sulle azioni microbiche nell'intestino: la flora microbica delle varie secrezioni del tubo digerente, la questione se la flora microbica sia indispensabile alla nutrizione, come si svolge la vita senza microbi in condizioni sperimentali.

Chiude il volume il capitolo di Binet sui movimenti dell'apparato digerente sia nei rapporti con la fisiologia comparata che con la clinica e con la radiologia.

Si tratta in complesso di un libro nel quale lo studio degli argomenti trattati è esteso e preciso, e può interessare oltre il fisiologo specialmente il medico in quanto sono tenuti presenti spesso i riferimenti alla patologia e anche alla clinica. L'interesse dei punti in cui è svolta la fisio-patologia è così grande da indurre a sentire la mancanza nella bibliografia di un grande trattato di vera fisio-patologia, in cui venga dato il più ampio svolgimento alla trattazione delle funzioni degli organi malati espressione della capacità di adattamento dell'organismo.

Un difetto tuttavia non è facile perdonare al libro ed è la mancanza di citazioni sui contributi certo non trascurabili della Scuola Italiana alla fisiologia dell'apparato digerente.

M. MESSINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. ARCOLEO. *Le malattie sessuali.* « La Prora », Milano, 1932, L. 9.

Il volumetto in omaggio al suo sottotitolo: « Promemoria per gli studenti di medicina e consigli utili per il profano » è nello stesso tempo un breve compendio di dermosifilopatia e una guida alla profilassi individuale contro le malattie sessuali. MONACELLI.

F. MARTA. *Gonorrea.* (*Difesa sociale e personale*). U. Hoepli, edit., Milano, 1932, L. 12.

L'A. espone il complesso quesito della profilassi individuale e sociale contro il « male più diffuso ». I frequenti ricordi storici, la forma piana e piena di brio rendono il volumetto di lettura facile e piacevole al profano al quale è più specialmente indirizzato, è di un certo interesse anche per il medico che difficilmente trova svolti con sufficiente ampiezza queste nozioni nei comuni trattati.

MONACELLI.

R. BERTOLOTY. *Pauta para el diagnostico y tratamiento de la blenorragia.* I. Morata, Madrid, 1931, 6 p. tas.

Dopo brevi considerazioni su l'importanza del terreno (nel senso di predisposizioni locali e generali) vengono ampiamente illustrati diagnosi e terapia dell'infezione gonococcica. Numerosi schemi rendono più facile la comprensione della materia.

Un'ultima parte di questa « guida » scritta con grande senso di praticità, è riservata alla descrizione tecnica delle manualità in uso nella terapia della blenorragia, ivi compresi uretroscopia, metodi fisioterapici e chirurgici. Una appendice illustra brevemente la metodica dell'accertamento di guarigione.

MONACELLI.

A. DESAUX et A. BOUTELIER. *Manuel pratique de dermatologie.* Volume in-8° di 1232 pag. e 640 ill. Masson, Parigi, 1932. Fr. 250.

Il trattato che Desaux e Boutelier ci presentano se non può per la sua mole e per la maniera stessa con cui la materia è presentata venire raccomandato allo studente e al medico pratico, rappresenta d'altra parte un'opera di indubbio interesse per il dermatologo. La parte di descrizione clinica rispecchia le concezioni e la terminologia di Brocq, di cui gli Autori erano allievi, ma una gran parte del volume tratta, secondo le più moderne concezioni, e in base ai risultati delle ricerche più recenti, le relazioni fisiologiche e patologiche della pelle con l'organismo che essa ricopre e col mondo esterno che la circonda. Numerose pagine sono consacrate allo studio dell'allergia e a quello dei rapporti tra le alterazioni del sistema neuro-endocrino vegetativo e le reazioni della cute normale e patologica. Un gran numero di illustrazioni ben dimostrative, in gran parte riproduzioni di fotografie del museo dell'Hôpital Saint-Louis, completa il bel volume.

MONACELLI.

E. A. AUBRUN. *Pelada experimental de Max Joseph.* Tesi presentata alla facoltà di scienze mediche di Buenos Aires. López, Buenos Aires, 1931.

Nel 1886 Max Joseph riferì di aver ottenuto in animali di laboratorio, per mezzo della sezione del 2° nervo cervicale, un complesso sintomatico se non identico molto analogo a quello dell'alopecia areata spontanea dell'uomo.

Aubrun, in una tesi molto elaborata e condotta con severo metodo sperimentale dimostra come tra la cosidetta alopecia sperimentale di Joseph e quella spontanea dell'uomo non vi sia nulla di comune, sì che la patogenesi dell'*Area Celsi* rimane ancora da dimostrare. MONACELLI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Sanitario degli Spedali Civili di Genova.

Seduta del 22 giugno 1932.

Presidente: Prof. DA GRADI.

Prof. CATTERINA. — *Considerazioni diagnostiche e terapeutiche su alcuni casi di chirurgia d'urgenza.*

Prof. GERVINO. — *L'importanza semeiologica del fenomeno di Blumberg nei pazienti colpiti da perforazione ulcerativa gastrica.*

Studi sul ricambio carboidratico.

Prof. AGNOLI. — L'O. considerando il problema dei rapporti tra organi linfatici e glicoregolazione illustra i primi dati ottenuti studiando la curva glicemica in soggetti con affezioni appendicolari acute.

L'andamento diabetiforme della curva viene valutato alla stregua di diverse possibilità interpretative. L'O. riferisce inoltre i primi risultati ottenuti dal trattamento endovenoso con molibdato ammonico in un gruppo di diabetici veri. In tutte le forme gravi, medie e lievi, si è verificato un abbassamento, se pur modesto, della glicemia e della glicosuria, mentre il sale metallico, già studiato farmacologicamente in precedenza, è del tutto innocuo per l'organismo.

Sull'anemia da Leishmania.

Dott. CARTAGENOVA. — L'O. descrive quattro casi osservati nel reparto pediatrico. Ricerca del parassita positivo mediante puntura della tibia. Sinto-

matologia classica con febbre a punte, splenomegalia, anemia. Importante la leucopenia con monocitosi. Cure con l'antimonio con risultati felici in 3 casi; un ammalato è deceduto per broncopolmonite.

Rilievi statistici sulla tubercolosi polmonare.

Dott. MANGINI. — L'O. ha passato in rassegna 1821 storie cliniche di malati affetti da tubercolosi polmonare che ha classificato secondo l'età, la professione, il luogo di nascita, lo stato civile e il decorso clinico, ricavando dall'esposizione di ciascuno dei suddetti gruppi statistici alcune considerazioni d'indole profilattica e clinica.

Dott. VACCARI. — *Le simpatosi secretorie esocrine in rapporto alla cloremia.*

Dott. CORRADI. — *Encefalite acuta nel decorso di polmonite con esito in guarigione.*

Il Segretario: Prof. GELERA.

Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

(Sezione Veneta).

1° Convegno regionale (Venezia, 12 giugno 1932).

Seduta antimeridiana (Ateneo Veneto).

Presidente: Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Presentazione di un caso di bronchiectasie trattate con successo mediante toracoplastica.

Prof. GIAN MARIA FASIANI (Clin. Chir., Padova). — Di fronte alla grande incertezza che ancora esiste intorno al problema del trattamento delle bronchiectasie, sembra all'O. utile vengano discussi anche i singoli casi nei quali è stato ottenuto il successo.

Perciò presenta un soggetto operato oltre due anni fa di toracoplastica per una grave forma di bronchiectasie dei lobi medio ed inferiore destro e rimasto poi durevolmente guarito.

Trattasi di un uomo di 34 anni che presentava tosse con abbondante escreato purulento fetido, era intermittentemente febbrile con gravi alterazioni dello stato generale. L'esame radiologico mostrava opacamento del campo polmonare destro, addensamenti parenchimali dei lobi medio ed inferiore destro. La broncografia faceva vedere ampie e numerose cavità. Un tentativo di pneumotorace era fallito. Venne eseguita un'estesa toracoplastica in quattro tempi, nei primi due si eseguì la resezione dei pezzi costali posteriori, nei due tempi successivi la resezione dei pezzi costali anteriori.

Dopo l'intervento la espettorazione è definitivamente scomparsa; il paziente ha ripreso il suo lavoro senza più risentirne alcun disturbo.

Il caso presentato dimostra che la toracoplastica può guarire forme gravi di bronchiectasie unilaterali circoscritte: condizione indispensabile per il successo sembra all'O. essere la estesa demolizione toracica raggiunta attraverso un'operazione in più tempi; soltanto in questo modo, infatti, si può ottenere un collasso completo del polmone quale appare necessario perchè le cavità suppuranti rimangano durevolmente abolite, e perchè i processi di sclerosi si rendano efficaci.

Sul trattamento delle bronchiectasie nell'età infantile.

Prof. GINO FRONTALI (R. Clin. Ped., Padova). — L'O. richiama l'attenzione sulla frequenza e sulla sintomatologia delle bronchiectasie dell'età infantile. Ha ottenuto ottimi risultati che durano già da sei e dodici mesi su alcuni bambini trattati con pneumotorace. Ha constatato la cessazione di tutti i sintomi che accompagnavano lo stato morboso e contemporaneamente la ripresa della crescita normale in peso e in statura. Circa gli esiti lontani di questa terapia l'O. non può ancora riferire in base ad osservazioni proprie.

Discussione: proff. CARLO MOLON (Venezia); A. FAGIUOLI (Verona); VARISCO (Udine); G. JONA (Venezia); F. DELITALA (Venezia); A. GASBARRINI (Padova); FRONTALI (Padova).

Glomerulonefrite e secondo periodo di Ranke.

Prof. JONA (Venezia). — L'O. fondandosi su casi di propria osservazione espone il concetto che la glomerulonefrite possa essere, in determinati casi, l'esponente del periodo di generalizzazione dell'infezione tubercolare secondo la dottrina di Ranke. Anzi è inclinato a pensare, data l'enorme diffusione dell'infezione tubercolare, che tutte le glomerulonefriti, di cui sfugge la causa, sieno di questa natura e rappresentino allora o l'unico o il prevalente esponente di questa tappa della tubercolosi. Tale glomerulonefrite può risolversi o può evolvere verso una cronicità, che conduce il rene all'una o all'altra delle forme anatomiche, più spesso al piccolo rene grinzo.

Osservazioni radiologiche sul polmone non compresso dei pneumotoracizzati per tubercolosi.

Dott. EMILIO BIDOLI (Venezia). — Su una cinquantina di ammalati di tubercolosi polmonare portatori di pneumotorace terapeutico in varia fase di sviluppo, ha potuto osservare, quasi costantemente, nel polmone non compresso, una zona ben definita ed anche ben localizzata di iperluminosità che rapidamente e precocemente si va costituendo. Questa zona è situata basilarmente e lateralmente. Ritiene che tale zona enfisematica sia zona di elezione, perchè la regione basilare è più mobile e più espansibile di tutto il resto del polmone per ragioni anatomiche ed inoltre perchè gli altri campi polmonari vengono a risentirne indirettamente della pressione controlaterale esercitata più agevolmente dal polmone compresso.

Prof. CASAGRANDI (R. Istituto d'Igiene, Padova). — *Studi sulla eterocereolisi del bacillo tubercolare.*

Discussione: prof. GASBARRINI (Padova).

Dott. INO CEBBA (Venezia). — *Concomitanza di lesioni polmonari e osteoarticolari.*

I preparati aurici nel trattamento di alcune varietà cliniche di pleurite tubercolare.

Dott. G. DALLA TORRE (Venezia). — Comunica i seguenti risultati ottenuti con la terapia aurica:

1) nelle pleuriti essudative a decorso prolungato affretterebbe la defervescenza e la ripresa dello stato generale;

2) nelle pleuriti a successiva localizzazione controlaterale arresterebbe la evoluzione della seconda localizzazione e ne determinerebbe la regressione rapida;

3) nelle pleuriti secche (coricopleuriti) influirebbe in modo del tutto effimero sull'andamento termico e molto mediocremente sulle condizioni generali e locali.

Discussione: prof. B. VASOIN (Padova).

Sulle iniezioni dei sali di calcio.

Dott. G. D'ALBERTON (Venezia). — Riferisce sui risultati ottenuti in ammalati di tubercolosi con iniezioni di vari preparati di cloruro e di gluconato di calcio. Risultati apprezzabili ha osservati nei casi lievi ed iniziali.

Piccoli segni radiografici della pleurite.

Dott. G. LENARDUZZI (Padova). — Mediante particolari proiezioni (oblique, laterali, cranio-dorsoventrali) egli ha potuto mettere in luce piccoli segni di pleurite. Illustra le sue osservazioni con numerose radiografie.

Prof. G. OSELLADORE (Padova). — *Considerazioni sulla pneumectomia sperimentale.*

Prof. GIO. BATTA FIOCCO (Venezia). — *Osservazioni intorno alla statistica delle tubercolosi cutanee a Venezia dal 1908 al 1931.*

Discussione: Prof. G. TRUFFI (Padova).

Prof. G. HALFER (Clin. Ped., Padova). — *Le infiltrazioni epitubercolari nell'infanzia.*

Adattamenti della dieta Gerson al trattamento della tubercolosi infantile.

Dott. A. COLIN (Clin. Med., Padova). — Sopra dieci bambini affetti da varie forme polmonari specifiche trattati con la dieta Gerson ha osservato che essa è perfettamente tollerata e che fin dall'inizio della cura si è ottenuto un notevole miglioramento delle condizioni generali di nutrizione e sanguificazione e un notevole regolare accrescimento in peso. Illustra dieci diapositive.

Dott. BONOMINI (Clin. Chir., Padova). — *Stenosi duodenale bassa da ghiandole tubercolari.*

Discussione: prof. GASBARRINI (Padova).

Seduta pomeridiana (Ospedale al Mare di Lido).

Pro e contro gli interventi chirurgici della tubercolosi osteo-articolare.

Prof. F. DELITALA (Venezia). — Chi ha compiuti gli studi medici nel primo decennio del '900 ha sentito l'influsso di due fattori che lo hanno spinto verso il metodo conservativo ad oltranza nella cura della tubercolosi ossea: 1) la reazione nata dopo le resezioni articolari applicate con eccessiva larghezza e senza una tecnica adatta; 2) il clamore che proveniva dalle montagne della Svizzera ove non solo si guariva la tubercolosi ossea ma si conservava la funzione. Esagerazioni da una parte e dall'altra che ora si cominciano a scontare; basti dire che alla terapia di alta montagna, da quelli che vivono in città di pianura, si comincia ad opporre il trattamento di aria fresca. Il metodo conservativo inteso come cura ortopedica di immobilizzazione e scarico della parte malata e come cura igienica generale di sole, del mare o del monte nulla ha perduto del suo valore, essa è la cura fondamentale a cui conviene restare fedeli, ma non basta: nell'adulto, superato il primo stadio del male, vi sono con frequenza le indicazioni per una cura chirurgica, sotto forma di resezione di un focolaio troppo esteso perchè si possa sperare in una guarigione spontanea, sotto forma di artrodesi extra-articolare o di intervento ortopedico per ristabilire forma, atteggiamento corretto ed, in casi particolari, funzione. Si può trovare indicazione anche per un intervento preventivo, sotto forma di rimozione di piccoli focolai para-articolari.

Discussione: proff. FASIANI (Padova); DE FRANCESCO (Venezia); DELITALA (Venezia).

Prof. S. CIACCIA (Venezia). — *Sulla difficoltà della diagnosi differenziale tra carcinoma e tubercolosi vertebrale.*

Prof. DE FRANCESCO (Venezia). — *Metodi e risultati nella cura della spondilite tubercolare.*

Discussione: proff. FASIANI (Padova); DELITALA (Venezia); CIACCIA; DE FRANCESCO.

Dott. C. CALABRESI (Padova, Clin. Med.). — *Pressione media e tubercolosi polmonare.*

Sugli esiti a distanza della laparotomia curativa nella peritonite tubercolare.

Dott. LOLLI (Venezia). — L'O. espone i dati dell'inchiesta eseguita a distanza in ammalati di peritonite tubercolare operati con laparotomia e non operati e dimostra come le peritoniti sierose dieno una percentuale di guarigione enormemente superiore nelle non operate che nelle operate e che queste ultime dieno una mortalità (per tubercolosi peritoneale) molto superiore alle prime.

Discussione: prof. GASBARRINI.

Considerazioni sul reumatismo tubercolare di Grocco-Poncet.

Prof. L. MAGNI (Venezia). — L'O. presenta un caso di reumatismo cronico in un bambino di 12 anni ed esamina il valore clinico e nosologico del reumatismo tubercolare.

Dott. G. PELOSO. — *Contributo allo studio dei tumori del polmone.*

Relazione fra traumi e tubercolosi locale.

Prof. E. FOSSATARO (Venezia). — L'O. dopo aver fatto alcune premesse sull'eziologia e patogenesi di alcune forme di tubercolosi, ritiene che il trauma possa non solo rivelare ed aggravare una lesione tubercolare di un organo, ma esserne causa determinante e diretta. Clinicamente, secondo l'O., la tubercolosi locale di origine traumatica, non può avere che la forma caseo-ulcerosa-suppurativa. Descrive un caso in cui il trauma fu rivelatore non causa della malattia.

Prof. GHERARDINI (Clin. Med., Padova). — *Tubercolosi e ricambio.*

Prof. A. VARISCO (Udine). — *Considerazioni sulle questioni disciplinari negli istituti di ricovero per tubercolosi.*

Dott. G. FERRANDO (Udine). — *Segreto professionale e denunciabilità della tubercolosi.*

Dott. D. BETTINI (Udine). — *Contributo anatomo-clinico allo studio della ginecomastia in corso della tubercolosi cronica dell'apparato respiratorio.*

Dott. C. BOTTOS (Venezia). — *Cutireazione bilaterale e reazione cutanea alla tubercolina a diverse concentrazioni.*

Dott. ITALO JAVICOLI (Pordenone). — *Sindrome addisoniana con acidosi in due ammalate di tubercolosi polmonare.*

Il Segretario: Prof. CARLO MOLON.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta dell'11 giugno 1932.

Presidente: Prof. P. Sisto.

Sull'azione dei raggi ultravioletti sul sangue.

Cornia Paolo. — Il prof. Sisto si assume il doloroso incarico di comunicare le diligenti ricerche eseguite nella Clinica Medica, sotto la sua direzione dal laureando in medicina Paolo Cornia, deceduto il 22 dicembre 1931 dopo breve malattia. Ricordate le ottime qualità del suo allievo che rappresentava una vera promessa per la scienza, espone i risultati delle indagini condotte dal Cornia. In seguito ad irradiazioni colla lampada di quarzo, sia con una irradiazione unica della durata di 15', sia dopo ripetute irradiazioni praticate quotidianamente per parecchie settimane il Cornia non ha notato che scarse modificazioni degli elementi morfologici del sangue, della colesterina e dell'albumina del siero; è risultato soltanto un netto accorciamento del tempo di coagulazione in taluni dei soggetti presi in esame.

Prof. G. Domenichini. — *Sopra un caso di ipertrofia prostatica con grande distensione vescicale.*

Rapporti fra secrezione gastrica ed indacanuria.

Prof. Margreth e dott. Nannini. — In base alle loro ricerche sono venuti alla conclusione che non esistono rapporti diretti fra indacanuria e chimismo gastrico.

Saggio funzionale del sistema reticolo-endotetiale nella tubercolosi polmonare colla prova del Rosso Congo.

Dott. G. Nannini. — L'O. ritiene che la prova del Rosso Congo fornisca utili insegnamenti per quanto riguarda il carattere fondamentale predominante anatomo-patologico della lesione polmonare, come lo ha intravisto Wedekind.

Su di alcuni elementi di valore prognostico nella frenicoexeresi nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. Tarabini-Castellani. — Il comportamento della temperatura nei giorni susseguenti all'intervento chirurgico permette in genere un giudizio prognostico favorevole se all'elevarsi in seguito immediato all'intervento si ha il ritorno alla norma entro i primi giorni.

L'esame del sangue prima ed un mese dopo l'operazione dimostra che in ogni caso vi è un aumento post-operatorio dell'emoglobina, dei globuli rossi e del valore globulare. Nei casi in cui il miglioramento è destinato a persistere alla leucocitosi segue dopo l'intervento una diminuzione dei globuli bianchi al numero di norma o quasi.

Dott. Umberto Fogliani. — *Su di un caso di rottura spontanea di milza normale.*

Causalgia da morso di cane idrofobo.

Prof. Crema. — In seguito a morsicatura di un cane accertato idrofobo sono apparsi in una giovane donna sintomi dolorosi e distrofici dell'arto leso. Dalle caratteristiche rilevate dal decorso della malattia si è potuto accertare trattarsi di una forma di causalgia ad andamento benigno. Viene discussa la influenza del particolare trauma nella forma in esame.

Il Segretario: Margreth.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° giugno 1932.

Presidenza: Prof. Pieri, presidente.

Prof. G. Petta. — *Sulle suture ossee. Conferenza.*

Prof. M. Lapenna. — *Sull'importanza dell'esame radiologico in talune malattie acute dell'apparato respiratorio.*

Sulla innervazione delle arterie retiniche nell'uomo.

Prof. G. Pieri e dott. G. Ferrari. — Gli OO. hanno praticato in soggetti operati per varie ragioni sul simpatico cervicale, ricerche allo scopo di controllare nell'uomo la presenza e il decorso, nei vari punti di questo, delle fibre vasomotorie delle arterie retiniche.

In un paziente era stata praticata la resezione del ganglio stellato, in uno la sezione del cordone del simpatico fra questo e il ganglio cervicale medio, in uno la sezione fra ganglio cervicale medio e superiore, in uno la resezione del ganglio cervicale superiore, in uno infine la sezione del nervo carotideo interno (che dal ganglio cervicale superiore penetra nel cranio lungo la carotide interna). In uno di questi pazienti (il terzo) si aggiunse la simpatectomia periarteriosa della carotide interna.

L'esame del fondo dell'occhio, praticato in tutti questi soggetti a 12-48 ore di distanza dall'intervento, dimostrò che la interruzione del simpatico nei vari livelli non aveva prodotto in nessun caso la vasodilatazione delle arterie terminali della retina.

Ciò sembra autorizzare dei dubbi sulla esistenza di fibre vasodilatatrici della retina (di natura presumibilmente parasimpatica), fibre che dopo la sezione delle vasocostrittrici simpatiche avrebbero dovuto esercitare la loro azione antagonista.

Incarceramento di utero gestante retroflesso.

Prof. A. Ponzian. — L'O. descrive il quadro clinico che si verifica quando l'utero retroflesso in caso di gravidanza s'incarcera nella pelvi, e illustra un caso di retroflessione di utero gravido al 3° mese e mezzo con ritenzione urinaria cospicua (quattro litri e mezzo). Era stata diagnosticata gravidanza complicata da cistoma ovarico con torsione assiale del peduncolo. Vuotata la vescica e ridotto l'utero, la gravidanza procedette regolarmente.

Sulle localizzazioni apicali dell'influenza.

Dott. O. Bertolotti. — Nelle recenti epidemie influenzali, e specie in quelle che assumevano caratteri di gravità, l'O. ha osservato una predilezione alle localizzazioni apicali (broncopolmoniti o semplici bronchiti), le quali per il loro decorso a risoluzione ritardata, e per i sintomi accessori cui si accompagnano, come la febbre serale, la tosse stizzosa, l'anoressia, la perdita di peso, possono trarre in errore diagnostico rispetto alle forme tubercolari. Il criterio batteriologico (reperto di bacillo di Pfeiffer invece che bacillo di Koch) rappresenta un dato certo importante, ma non sempre costante e perentorio per la diagnosi.

Si aggiunga che il bacillo di Pfeiffer nelle sue localizzazioni apicali può favorire l'invasione secondaria del bacillo di Koch, o unirsi addirittura in simbiosi, il che spiega sia la non rara insor-

genza, nei tipi predisposti, di una tubercolosi polmonare dopo un attacco influenzale, sia l'improvviso divampare di tubercolosi latenti.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 giugno 1932.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Un caso di osteocondromatosi articolare.

Dott. L. ROLANDO. — L'O. riferisce su di un caso di osteocondromatosi articolare della spalla in un individuo immune da precedenti patologici e che non ricorda di avere subiti traumi dell'articolazione ammalata.

Sottoposto ad artrotomia venivano estratti circa 280 corpi liberi articolari cartilaginei della grossezza da un grano di riso ad un chicco di meliga: la sinoviale e la cartilagine non presentavano alcun segno di artrite deformante. Un esame radiografico eseguito 7 giorni dopo l'intervento, dimostrava ancora la presenza nell'articolazione di numerosi corpi liberi. Un successivo esame eseguito 3 mesi dopo, faceva notare la quasi scomparsa dei corpi articolari residuati.

Degno di nota il fatto che dopo l'ablazione dei corpi articolari, erano stati iniettati nell'articolazione alcuni cmc. di liquido del Durante.

A proposito della comunicazione del dott. Rolando, il dott. GIUBERTONI descrive il quadro radiologico della condromatosi articolare e ne riassume le principali caratteristiche cliniche radiologiche, che servono a differenziarlo da quello di altre alterazioni articolari, colle quali spesso ha in comune importanti analogie. Ricorda inoltre le più accreditate ipotesi eziopatogenetiche a spiegazione di alcuni importanti rilievi inerenti al caso descritto: la mancanza di evidenti fattori eziologici e la scomparsa spontanea dei corpi condromatosi residuati all'atto operativo.

Intervengono nella discussione il prof. FERRERO e CIPOLLINO ed il dott. GARAMPAZZI.

Prof. G. VERCELLI. — *Casi clinici di neuropatologia (tumori cerebrali).*

L'eclampsia pleurica.

Prof. C. GENNARI. — L'O. espone una casistica di incidenti da pneumotorace dei quali uno corredato da autopsia. Nei casi riferiti l'O. può escludere l'embolia, sia per il metodo di insorgere dell'attacco, sia per la natura del gas iniettato (ossigeno) il quale non produce fenomeni gravi poichè viene immediatamente assorbito. Riferisce altri casi per contro nei quali può ritenere certa l'embolia. Crede che si debba ritenere esistente l'*eclampsia pleurica* in sè e per sè basandosi sui dati clinici ed esperimentali acquisiti da numerosissimi studi di AA. indiscussi. Reputa che una differenza clinica essenziale esista fra embolia gassosa ed eclampsia.

Nell'eclampsia la morte è rapida, con cianosi e paralisi cardiaca, non vi sono segni di focolaio cerebrale. Nell'embolia, dopo l'ictus, compaiono segni di localizzazione cerebrale: emiplegia, nistagmo, deviazione coniugata degli occhi, persistente per parecchie ore: quadro analogo alla emorragia cerebrale grave, con segni di irritazione corticale del cervello. Nei casi non mortali, l'eclampsia si risolve presto e l'a. ritorna normale; nell'embolia persistono i fenomeni di focolaio anche parecchi giorni.

Tra le numerose cause patogenetiche invocate per spiegare questi fatti, rileva soprattutto lo stato di debolezza del cuore di tali ammalati, che facilmente può paralizzarsi, per sincope, durante un accesso nervoso improvviso. Crede perciò che la morte di tali individui debba riferirsi ad uno shock cardiaco. Quando la tecnica è perfetta e regolare, la responsabilità del medico non è invocabile in tali incidenti, i quali non si possono nè prevedere nè evitare.

Il prof. G. VERCELLI ricorda l'indicazione, a scopo di prevenire eventuali fenomeni riflessi, dei sedativi generali e dell'anestesia locale: ritiene opportuno, di fronte allo scatenarsi dei fatti eclamptici, l'impiego tempestivo di vasodilatatori (acetilcolina, nitrato d'amile) la cui azione sembrerebbe efficace, secondo l'esperienza di diversi autori sia che si tratti di emboli gasosi che di fenomeni vasomotori.

Sopra alcuni casi di infezione grippale grave.

Prof. C. GENNARI. — L'O. riferisce sopra 10 casi di infezione grippale osservati nell'Ospedale di Pallanza, durante l'aprile scorso (1932), verificatisi nei soldati del Battaglione Alpini ivi residente e presentatisi sotto forma epidemica. Mette in rilievo la perfetta identità colla forma epidemica del 1918: otto di questi casi furono a forma broncopneumonica, asfittica, iperpiretica, ed un caso mortale. Due casi furono a forma di polmonite franca, iperpiretica con manifestazioni di tipo encefalico acuto: un caso mortale.

In tutti i casi le temperature molto elevate superarono i 41°. L'esame microscopico dell'escreato rilevò in prevalenza la presenza di streptococchi piccoli e pneumococchi. Caratteristiche le copiose epistassi, l'abbondanza di sangue nell'escreato. Rilevata la ancora esistente incertezza sull'agente patogeno eziologico di queste infezioni (streptococchi, pneumococchi, virus filtrabile) rende noti gli indubitabili, favorevoli effetti da lui ottenuti in questi casi gravi (di cui ebbe solo 2 morti) colle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo alla diluizione uno per mille (cura alla Baccelli).

Con tale metodo di cura aveva ottenuti analoghi utili vantaggi in casi curati nel 1918-19, superiori a tutti gli altri rimedi impiegati (sieri, vaccini, sostanze chemioterapiche), e pensa che il metodo debba essere ulteriormente adottato essendosi sempre mostrato efficace e scevro d'inconvenienti.

Interviene nella discussione il prof. PIETRA.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di casi.*

Cisti da echinococco del fegato, lungamente misconosciuta, suppurata e doppiamente apertasi.

Dott. G. LAVATELLI. — Rilevata la rarità della echinococcosi nelle nostre regioni, l'O. riporta l'osservazione di una cisti idatidea situata alla faccia inferiore del lobo sinistro del fegato e che a causa della sua insolita localizzazione, diede luogo ad una sintomatologia tale da prestarsi a svariate diagnosi errate. Neppure due interventi operatori portarono luce; solo l'avvenuta rottura della cisti nel colon e nel cavo pleurico, previa suppurazione, permisero l'esatta diagnosi eziologica. L'O. si intrattiene su alcune considerazioni dettate dalla disamina del caso esposto, e da ultimo raccoglie gli insegnamenti d'ordine pratico; che è bene non siano dimenticati dal medico accorto.

Il Segretario: dott. LUIGI FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Gli ascessi epatici solitari metastatici arteriogeni.

La conoscenza degli ascessi epatici non secondari ad una infezione portale proveniente dall'intestino o da un altro organo addominale, è importante per il chirurgo.

L. Sussi (*Med. Klin.*, n. 18, 29 aprile 1932) descrive il caso di un vecchio di 70 anni, sofferente di foruncolosi, nel quale insorse sintomatologia oscura, con febbre intermittente preceduta da brivido e gruppi di rantolini umidi alla base del polmone destro, sì da far propendere all'inizio per una broncopolmonite. Persistendo però lo stato morboso, ed essendo stato rilevato ingrossamento del fegato, con punto di maggior dolenzia alla pressione, cui si aggiunse una leucocitosi ed una emocultura positiva per lo stafilococco albo, si sospettò un ascesso epatico.

L'atto operativo confermò la diagnosi, ed evacuata la raccolta purulenta si ebbe presto la guarigione.

Vengono perciò discusse le possibilità diagnostiche e patogenetiche offerte dal caso, concludendo per un'infezione ematogena, per via arteriosa, con punto di partenza dai foruncoli.

La terapia, in casi consimili, è, naturalmente, di sola spettanza chirurgica.

M. Faberi.

La funzione epatica nel diabete.

Gli esami clinici e di laboratorio fatti a E. L. Meyer (*Arch. of internal medicine*, febbr. 1931) indicano che la disfunzione epatica è una manifestazione frequente nel diabete zuccherino. Dei casi studiati, il 70 % mostravano le prove cliniche e biologiche di tale disfunzione; 28 % soltanto quelle di laboratorio; nel 48 %, nessuna indicazione anormale, nel 13 % soltanto risultati dubbî.

Lo studio di questi casi fatto per un lungo periodo, sembra abbia data l'impressione che il regime diabetico moderno agisce efficacemente migliorando la funzione epatica. Associato ad un trattamento preoperatorio e postoperatorio, esso permette anche ai diabetici con manifestazioni di disfunzione epatica dei grandi interventi chirurgici, con una sicurezza relativa. *fil.*

L'epatopatia latente nelle tossicosi gravidiche.

F. Stroebe (*Klin. Wochens.*, 19 marzo 1932), ha riscontrato disturbi della funzionalità epatica in 16 su 24 casi di tossicosi gravidiche, in cui l'esame fisico era del tutto negativo.

Si trattava di pazienti che andavano all'ambulatorio ed in stato di capacità lavorativa. I disturbi erano per lo più leggeri e spesso rilevabili soltanto con un accurato interrogatorio.

Stati di debolezza generale per cui il solo lavoro domestico costituiva uno sforzo, disturbi dispeptici; frequente la nausea mattutina, che talora dava vomito, nonchè un senso di pressione alla parte superiore dell'addome, che si manifestava all'inizio del pasto e, con la sensazione di pienezza dello stomaco impediva una sufficiente alimentazione; cattivo sapore in bocca e perdita di appetito; cefalee e senso di vertigine.

Conclusioni terapeutiche: modificazione della dieta, nel senso di fornire essenzialmente idrati di carbonio, evitando le albumine specialmente animali. Nei casi più gravi, cura di ingrassamento con insulina. *fil.*

I pericoli degli eccessi nella somministrazione dell'insulina durante le malattie del fegato.

Richter e Umber hanno raccomandato l'uso dell'insulina in tutte le malattie che colpiscono diffusamente il parenchima epatico, da quando Collip e Mc Leod ebbero dimostrato che l'insulina è capace di ricostruire le riserve di glicogeno nel fegato diabetico, assai povero di questo.

Ed infatti è stata costatata, come ricorda Kugelmann (*Deut. Med. Woch.*, 17, 1932) il mirabile effetto glicogeno-fissatore della somministrazione contemporanea di glucosio e insulina in questi stati morbosi epatici, specialmente nell'atrofia gialla acuta.

L'A. ha studiato l'influenza di grandi dosi d'insulina sulla funzione epatica nell'uomo sano: ed ha visto che la prova funzionale del levulosio, prima normale, si altera dopo la iniezione di 15 unità di insulina per via endovenosa, così come si altera dopo l'iniezione di adrenalina: dosi minime di 5 unità non alterano invece la cura del levulosio.

L'A. ritiene che il disturbo del ricambio dei carboidrati nel fegato debba interpretarsi come l'espressione di una scarica di adrenalina che seguirebbe, come fenomeno compensatorio, all'iniezione delle forti dosi insuliniche.

In conclusione l'insulinoterapia, quando supera dati limiti, danneggia e non giova al fegato: nell'applicarla occorre sorvegliare strettamente la curva della glicemia, ed al primo accenno di fenomeni ipoglicemici, arrestare di colpo il trattamento.

La dose consigliabile sarà dunque di 5-10 unità d'insulina 2 volte al dì, mai per via endovenosa associandole alla somministrazione di non più di 40-50 gr. di zucchero, giacchè una dose maggiore provocherebbe una secrezione compensativa d'insulina e, in ultima analisi, uno stato di iperinsulinismo.

A differenza dunque delle cure ingrassanti in cui è consigliabile ed utile somministrare forti dosi di insulina, perchè così si facilita la utilizzazione del glicogeno, nella cura delle epatopatie conviene limitarci a dosi assai più limitate. V. SERRA.

TERAPIA.

Il trattamento del cardiaco scompensato cronico.

T. Hyman e N. M. Fenichel (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1932) hanno studiato 100 cardiaci scompensati, senza sceglierli in modo speciale nè prefiggersi determinati scopi, ma solo esaminando le cartelle cliniche a posteriori. 43 avevano cardite da pregressa infezione reumatica, 53 erano arteriosclerotici, 1 aveva un tumore dell'orecchietta, 1 era nefritico ed aveva cardiopatia secondaria e 1 aveva un vizio congenito.

C'erano più donne che uomini (in proporzione 2 a 1).

Tutti i reumatici avevano lesione mitralica, a cui si aggiungeva lesione aortica nel 60 %. Nel 16 % c'era endocardite mitralica, aortica e tricuspidale.

Fra gli arteriosclerotici dieci avevano vizio mitralico.

Un terzo di tutti i casi aveva disturbi del ritmo.

Nei riguardi della terapia, 8 malati si ricompensarono col solo riposo e colla dieta, in 14 fu necessario estrarre liquido dalle cavità sierose, 56 migliorarono solo dopo somministrazione di digitale e 64, che non avevano tratto beneficio dal riposo nè dalla digitale, migliorarono col salyrgan associato o no ad urea.

Discutendo dettagliatamente i risultati terapeutici suindicati gli AA. ritengono che nella cura del cardiaco scompensato si debba prima tentare il riposo e la dieta, poi l'evacuazione di liquidi dalle cavità sierose, poi la digitale e poi i diuretici. Al riposo è utile associare l'uso di sedativi ed ipnotici.

La digitale non ha nessun valore nella fibrillazione auricolare.

Nei 100 casi seguiti gli AA. non videro nessun caso di idiosincrasia per la digitale, ma videro un caso di intossicazione. La digitale si darà solo 48 ore dopo aver tenuto in osservazione il paziente e questo allo scopo non solo di vedere i risultati del riposo ma anche di eliminare l'eventuale accumulo di digitale data precedentemente (naturalmente nel periodo di riposo si farà l'astensione dai liquidi). Il miglior modo di somministrare la digitale è quello intenso per os, dando la tintura o le foglie (infuso).

Tra i diuretici sono utili l'urea, il cloruro d'ammonio, il carbonato d'ammonio, il cloruro di calcio e i preparati mercuriali.

Il bismuto tartrato di sodio è molto meno efficace dei mercuriali.

Le purine (teobromina, diuretina, caffeina, teocalcina) hanno avuto azione diuretica insignificante.

Senza valore sono i casi detti stimolanti cardiaci che godono tanta popolarità: caffeina, stricnina, canfora, adrenalina.

R. LUSENA.

Il trattamento dell'asma cardiaco.

Come osserva Zak (*Wiener klin. Wochens.*, si fonda su i seguenti principi: ovviare all'insufficienza del ventricolo sinistro, sopprimere l'azione nociva dei centri nervosi, sorvegliare il metabolismo dell'acqua.

Durante l'accesso, l'indicazione principale è data dalla morfina (eventualmente endovenosa) associata ai toni-cardiaci. Ci si asterrà però dalla morfina in presenza di polso che si indebolisce, di cianosi molto accentuata, di notevole insensibilità. Sono inoltre indicati: un salasso moderato, l'iniezione di una soluzione glucosata ipertonica e forse l'iniezione di estratto ipofisario.

Dopo la crisi, sorveglianza del polso ed istituzione di un regime con scarsi liquidi; teobromina ed eventualmente i diuretici mercuriali, associati o non all'ammoniaca. Essenziali le cure digitaliniche ripetute ad intervalli regolari. *fil.*

Le indicazioni del salasso.

A. Chabé (*Journ. de méd. de Bordeaux et du sud-ouest*, 20 dic. 1931) osserva che nelle cardiopatie, il salasso è sempre indicato quando vi è dilatazione cardiaca sia per insufficienza del cuore destro o per afflosciamento del sinistro.

Nelle affezioni polmonari, soltanto la polmonite ed i suoi derivati (congestione massiva, pleuropolmonite) può risentire miglioramenti da un salasso di 3-400 grammi; bisogna però che il malato possa resistere bene a tale sottrazione e che sia asfissiato per squilibrio cardio-polmonare. Le infezioni iperacute, a meno d'indicazioni particolari, non risentono alcun beneficio dal salasso.

L'edema acuto del polmone costituisce la vera indicazione ed il trionfo del salasso.

Negli ipertèsi, un'emissione sanguigna, anche importante, non abbassa la pressione sanguigna; nelle crisi ipertensive, il salasso può talora attenuare alcuni incidenti, che però vengono meglio migliorati col regime. Negli ateromatosi ipertèsi, il salasso può provocare dei veri disastri. Esso è inutile e talora anche nocivo negli apoplettici per rammollimento cerebrale o per emorragia.

In alcuni pletorici, il salasso fatto una o due volte l'anno può attenuare qualche malessere.

Qualunque possa essere il meccanismo della sua azione, il salasso è ancora uno dei mezzi più efficaci per lottare contro i disturbi

dell'uremia. In ostetricia, è indicato nelle gravide cardiache e nelle eclamptiche.

Nelle asfissie accidentali, specialmente in quella da ossido di carbonio, il salasso coadiuvato dall'ossigenoterapia costituisce un rimedio di gran valore.

A titolo secondario, si deve segnalare l'azione delle emissioni sanguigne nelle crisi di asma anafilattico ed in alcuni casi di asfissia per tumore del mediastino. *fil.*

MEDICINA PROFESSIONALE

Carcinoma da catrame nell'uomo.

Sono capitati all'osservazione di G. Bettazzi (*Arch. ital. di chir.*, sett. 1931-genn. 1932) tre casi di epitelioma cutaneo, due dei quali mortali, sviluppatisi su di una dermatite da catrame. In seguito a ciò l'A. ha fatto numerose visite in parecchi stabilimenti dove gli operai sono in contatto con il catrame, o coi suoi derivati, per vedere la frequenza di queste lesioni.

In Italia sono piuttosto rare; consistono in dermatiti papulo-verrucose con secchezza della pelle, chiazze ipercromiche, senso di bruciore.

L'esame istologico di alcuni tratti di cute malata asportati ha rilevato la presenza di atrofia del derma e dell'epidermide e al contrario la presenza di iperplasie dello strato basale, dello strato lucido e granuloso, assieme al costante ispessimento dello strato corneo. In qualche caso le cellule tendevano all'atipia. Su queste lesioni cutanee in un certo numero di casi piuttosto rari si impianta un epitelioma. L'insorgenza della dermatite da catrame, solo in alcuni operai e in altri no, fa pensare che esista un fattore costituzionale rappresentato da una speciale sensibilità della pelle di alcuni soggetti di fronte allo stimolo fisico-chimico del catrame. Ben più oscuro è il problema del perchè solo in una minima parte di affetti da dermatite si sviluppi successivamente un epitelioma. ALIERI.

SEMEIOTICA.

La pressione arteriosa media.

Sulla questione, mossa come è noto da Vaquez e collaboratori, porta un largo contributo di osservazioni R. Lusena (*Cuore e circolazione*, giugno 1932). Egli rileva che, in generale, tale pressione si modifica con lo sforzo, sotto l'azione dell'adrenalina e quella del salasso, ma non indica nè lo stato anatomico nè quello funzionale del cuore e non ha valore pronostico nello scompenso cardiaco.

Come cifra, si avvicina di solito a quella della pressione minima, ma essendo spesso (nel 45% dei casi) superiore a questa, non si può sostituire l'una con l'altra misurazione.

La pressione media non può spiegarci la tardività con cui compare lo scompenso cardiaco nell'insufficienza aortica, perchè si mantiene normale anche nell'insufficienza aortica scompensata.

In complesso, non vi è nessuna formula tensionale che possa sicuramente valere per indicare una determinata condizione anatomopatologica dell'apparato cardio-vascolare. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ulcere gastro-duodenali da alimentazione insufficiente.

V. Gronchi (*Giorn. Batt. e Immun.*, marzo 1932) che già da vario tempo aveva notato le lesioni che presentano nei diversi apparati le cavie sottoposte a dieta scorbutigena, esamina ora i rapporti che possono intercorrere fra avitaminosi e ulceri gastriche.

Egli crede, modificando in parte l'opinione espressa dal'Anglesio, che le diete carenzate siano, sì, atte a indurre nello stomaco erosioni superficiali della mucosa e anche ulcerazioni, ma non vere ulcere a tipo peptico. Questo invece, troverebbero nelle deficienze alimentari — specie vitaminiche, data l'importanza delle vitamine nel trofismo cellulare — condizioni che ne aggravano e accelerano il decorso.

Probabilmente le rare ulcere di tipo peptico, osservate in condizioni sperimentali in seguito a deficienze alimentari, hanno altra ragione etiologica, forse una di quelle tante che sono chiamate in causa nell'etiologia dell'ulcera rotonda di Cruveilhiers e tra le quali è stata posta anche quella dell'alimentazione imperfetta, e che si basa: 1) sull'osservazione che l'ulcera gastrica è più frequente nei paesi civilizzati dove i cibi sono sottoposti a complicate manipolazioni, mentre è rara nelle popolazioni che conducono vita primitiva, più prossima alle condizioni naturali; 2) sulla influenza favorevole che le cure vitaminiche sembrano avere sul decorso dell'ulcera. G. LA CAVA.

VARIA.

Le donne dalle palpebre rosa.

(C. SIMON. *Le Bulletin Médical*, 23 apr. 1932).

È abbastanza frequente nella pratica quotidiana che il medico o il dermatologo siano consultati da donne, più raramente da uomini, i quali si lamentano di avere le palpebre rosse e gonfie, fatto accompagnato talvolta da un eritema, più o meno vivo, diffuso alle guance, al collo, alle orecchie. Si tratta di casi la cui genesi è più o meno facile a scoprire a seconda l'intelligenza del soggetto e la perspicacia del medico. L'A. riporta alcune osserva-

zioni che egli ha avuto occasione di fare in questi ultimi anni: in un primo caso si trattava di una giovane donna nella quale l'edema e arrossamento palpebrale si era manifestato dopo una sola giornata di permanenza nel suo nuovo appartamento; continuandovi ad abitare l'edema aumenta. Prova ad andare in campagna e dopo poco tempo edema e rossore scompaiono come per incanto. Ritornata a Parigi, nello stesso appartamento, il disturbo ritorna: recatasi ad abitare al quinto piano dello stesso palazzo, più nessun disturbo. Continuando nell'inchiesta così intelligentemente condotta, si accorge che l'edema si manifesta soltanto durante la notte, quando essa è nella sua stanza. Questa stanza è decorata in una maniera speciale e con una speciale pittura: questa conteneva, secondo quanto affermò il decoratore, colori d'anilina. Erano questi colori d'anilina che, mescolati alla polvere fine che si distaccava dai muri non lisci, ma grezzi, come è ora di moda, andavano a deporsi sulle palpebre delicate, provocandone l'infiammazione.

Il caso è tipico, ma l'etiologia (polveri colorate) è rara: forse alla medesima etiologia può ricollegarsi il caso di un'attrice le cui palpebre si gonfiavano ogni volta che essa si recava a recitare a Le Havre: si trattava probabilmente di irritazione prodotta dalle polveri colorate che si distaccavano dalle decorazioni sceniche.

I casi più frequenti sono invece dovuti a tinture, a fiori, specialmente primule ed edera, a dei prodotti a base di essenza di piretro per la distruzione degli insetti. Una signora dopo aver piantato per tutta una giornata dei fiori, ebbe le palpebre rigonfie ed arrossate per vari giorni. Un'altra signora, che presentava lo stesso aspetto, aveva da poco incominciato ad abitare una villa i cui muri erano ricoperti da edera.

Ma più frequentemente questi edemi localizzati alle palpebre si vedono nelle donne che si tingono o si fanno tingere i capelli: il fatto è dovuto alla piccola quantità di parafenillendiamina che l'hennè contiene allo scopo di modificare la sfumatura rossa che l'hennè stesso darebbe se fosse usato allo stato puro. Le lesioni che la sostanza suddetta dà sono varie e possono andare dal semplice rossore all'edema vescicolare e presino all'intossicazione generale. Cosa curiosa, in tali casi il cuoio capelluto rimane per lo più indenne e l'eruzione invade la fronte, le guance, il collo e spesso le sole palpebre.

La maggior parte delle donne attribuisce l'edema ad una causa interna e accusa ora il cuore, ora il rene. Il medico deve, esclusi questi fattori interni, procedere con una inchiesta intelligente e serrata onde scoprire l'agente nocivo. Il trattamento è semplice, anzi talvolta giudicato troppo semplice dai pazienti, che non vogliono rinunciare alle loro tinture. La desensibilizzazione, l'adattamento con dosi crescenti, sono mezzi che riescono bene più teoricamente che praticamente. L'A. preferisce consigliare la soppressione dell'agente nocivo. Le malate domandano spesso perchè esse non sopportano quella data tintura, mentre le loro amiche la sopportano ed esse stesse la hanno sopportata per molto tempo. Bisogna allora affidarsi alla propria inventiva e alla virtù persuasiva delle parole derivanti dal latino e dal greco: a seconda il grado di cultura dell'interrogante, basta il più spesso scegliere fra artritismo, idiosincrasia o allergia, o persino, nella classe veramente elevata, dire che non se ne sa proprio nulla. G. LA CAVA.

A proposito di "Spirito e corpo„

Riceviamo:

In relazione all'articolo pubblicato nel numero 29 del « Policlinico » è a rilevare che la importanza reale del fattore psichico sull'andamento delle manifestazioni morbose e sullo stato di salute fisica, è documentata anche dallo studio dei fatti rilevabili a carico della cute, che, data la loro assoluta obbiettivazione, hanno, come è noto, un valore dimostrativo di primo piano.

È interessante l'esempio riportato da Naegeli e de Quervain; ma v'è tutto il vecchio e modesto capitolo dei *pruriti* (di natura indubbiamente nervosa) che sta a denotare come e quanto l'attenzione cosciente od anche *incosciente* del soggetto possa influire nel determinismo di fatti alterativi cutanei soggettivi ed obiettivi.

All'es. citato di Naegeli e de Quervain fa perfetto riscontro il fenomeno cui Jacquet diede il nome di *mnemodermia prurigene*, frequente ad osservarsi, e cioè: un prurito localizzato in una data regione cutanea, dovuto ad una data causa prurigena locale, esterna, può recidivare nello stesso punto sotto l'influenza di una causa d'ordine generale, interna. Così per es.; un prurito anale da ossiuri può, *ablata causa*, riapparirvi successivamente in conseguenza di uno strapazzo, di un errore dietetico. M. ZINGALE.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. STEFANINI. *L'originale comportamento di un corpo estraneo penetrato nei bronchi.* — Tip. Immacol. Concezione, Modena, 1930.

C. MARSIGLI. *Contributo sperimentale allo studio della sindrome a tipo megaesofago per le lesioni del vago spinale.* — Tip. Le Massime, Roma, 1930.

C. CALIGARIS e E. PICCIOLI. *Sulla vaccinazione con i così detti ectoantigeni.* — Tip. Stucchi Ceretti, Milano, 1930.

F. GALLART MONES y A. PINOS. *Contribucion al estudio del megacolon.* — Rev. Med., Barcelona, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acireale (*Catania*). — Scad. 22 ag.; per Santa Venerina; L. 7920 già decurtate del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1200 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Amaseno (*Frosinone*). — Scad. 10 ag.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Buttapietra (*Verona*). — Scad. 20 agosto, ore 18. Stipendio L. 8000, aumentabile di 1/10 ogni 5 anni e per 4 volte, più i seguenti assegni: per mezzi di trasporto: L. 3000 se con auto o cavallo, L. 2000 se con motocicletta, L. 1000 se con bicicletta; per ambulatorio L. 400; per ufficiale sanitario L. 600, oltre le indennità di caroviveri. Il tutto al lordo di ritenute e della riduzione del 12 per cento. Documenti di rito. Età 35 anni massimo, salvo eccezioni. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

Castell'Arquato (*Piacenza*). — Per la V condotta in Vigolo Marchese. Stipendio L. 9500 per 1000 poveri, aument. di 1/10 ogni quadr. e per 5 quadr. Indenn. per Ambulatorio Comunale L. 400. Obbligo di cavalcatura con indenn. di L. 3000. Per rimborso spese c.-v., pel cavallo, temporanee L. 1200. Tutte le indennità da ridursi del 12 %. Obbligo residenza in Vigolo Marchese. Età massima 35 anni s. e. l. Domanda e documenti di rito in bollo. Vaglia di L. 50.10 per tassa concorso alla Segreteria entro le ore 16 del 15 ottobre.

Civitella-Paganico (*Grosseto*). — Scad. 30 sett.; L. 8536 già ridotte del 12 %, oltre L. 616 per gli ammogliati, 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Collalto Sabino (*Rieti*). — Scad. 11 ag.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2600 trasp., L. 440 uff. san.; età lim. 25-34 a.; tassa L. 50.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti riuniti.* — Direttrice della Scuola-Convitto professionale per infermiere. Scad. 15 sett. Chiedere annunzio.

Foggia. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 16.000, suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo, oltre il supplemento di servizio attivo del dieci per cento: il tutto lordo della riduzione del 12 per cento di cui al R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1806-1491. Titolo di studio: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, od in chimica industriale conseguito entro il 31 dicembre 1924 o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Imola. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 16 ag.; direttore del Manicomio di S. Maria della Scaletta; L. 16.000 e 6 trienni dec., oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; abitaz. gratuita; età lim. 40 a.

Lecce. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9500 e tre quadrienni di lire 700; oltre servizio attivo L. 1700; indennità caroviveri e compartecipazione utili. Ritenuta e riduzione come per legge. Documenti di cui all'art. 8 R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. Cartolina vaglia L. 50,10. Scadenza ore 12 del quindici settembre 1932. Obbligo della residenza fissa nel capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria generale.

Magnano in Riviera (*Udine*). — A tutto il 20 ottobre 1932 è aperto il concorso al posto di medico chirurgo condotto in questo Comune. Stipendio L. 8000, indennità servizio attivo L. 500, indennità mezzi trasporto L. 1000, indennità caro viveri di legge, eventuale indennità quale Ufficiale Sanitario L. 800, il tutto al lordo della riduzione del 12 %. Abitanti 2867. Per ogni informazione rivolgersi Municipio.

Matera. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Matera e del dipendente Dispensario Provinciale. Stipendio iniziale netto L. 16.000 annue, aumentabile di un ventesimo ogni biennio e per otto bienni, oltre una indennità di servizio attivo di L. 2000 annue. Lo stipendio è soggetto alle ritenute per l'imposta di R. M. e compl. nonchè al contributo di iscrizione alla C. P. per i sanitari; le indennità sono soggette soltanto alla ritenuta di R. M. Chi intende prendere parte al concorso dovrà presentare o far pervenire, non oltre le ore diciotto del 31 agosto 1932, istanza in carta da bollo da L. 3 diretta al presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Matera, corredata dai documenti di rito. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio (palazzo dell'Amministrazione Provinciale).

Montafia d'Asti (*Alessandria*). — Stip. L. 7000. Assegno quale ufficiale sanitario L. 500; indenn. cavalc. L. 500. Su tutto riduzione del 12 %. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 30 settembre.

Montescaglioso (*Matera*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 7000; supplemento servizio attivo L. 1700; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge; cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale. Età minima anni 21, massima 40, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito su competente bollo ed ove occorra legalizzati, corredati della domanda e del vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso o della quietanza relativa. Assunzione servizio entro un mese sotto pena di decadenza, salvo impedimenti legali. Scadenza ore diciotto del 15 settembre. Chiarimenti alla Segreteria.

Nuoro. *R. Prefettura.* — Scad. 10 sett., ore 18. Ufficiale sanitario pel capoluogo; L. 12.000 oltre L. 1800 serv. att.; inibito l'eserc. profess. Ufficiali sanitari per 12 comuni; stipendi L. 1000 a L. 5000. Ritenute 12 %; 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a. al 22 lug.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

Parma. *Ospizi Civili.* — Scad. 16 ag.; 2 assistenti medicina e 1 tubercolotici e infettivi; L. 4500, oltre L. 600-1440 c.-v., alloggio, indennità varie; età lim. rispett. 35 e 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria.

S. ANGELO DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 4 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 sett., ore 21; capoluogo; L. 8000 oltre L. 1000 direz. Ospedale Civile e chirurgo primario, c.-v.;

SUARDI (*Pavia*). — Scad. 31 ag.; L. 10.000 oltre c.-v., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

TOLENTINO (*Macerata*). — Per titoli. Due posti: condotta medica residenziale primaria di città, alla quale è aggiunto il servizio nella Sezione medica dell'Ospedale, e seconda condotta medica esterna. Stipendio iniziale per ambedue i posti L. 7000 al lordo delle trattenute di legge, con aumento di un decimo per ogni quadriennio e per tre quadrienni. Per la condotta esterna, indennità di cavalcatura L. 2500. Per ambedue le condotte indennità caro viveri come agli altri impiegati comunali. Lo stipendio e le indennità di cavalcatura e di caro viveri saranno ridotti del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria stessa, non oltre le ore 18,30 del dieci ottobre 1932.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti*. — Scad. 20 ag., ore 17,30; chirurgo primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 non aumentabili; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 16 lug.; tassa L. 50 al Tesoriere. Chiedere annunzio.

VILLAFRANCA TIRRENA (*Messina*). — Scad. 15 ag.; L. 10.000 oltre L. 2000 cavalc.; riducibili 12 %.

VOLTAGGIO (*Alessandria*). — Scad. 15 sett., ore 18; L. 7000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Beretta.

Presso il Comune di Milano è aperto il concorso al premio della Fondazione dott. Ambrogio Beretta per il biennio 1930-31, da conferire al miglior lavoro di clinica medica o di anatomia patologica. Il premio consiste in una medaglia d'oro ed una somma in contanti non inferiore a L. 6000 ed è indivisibile. Potranno concorrere i medici che al 31 dicembre 1931 avessero da oltre 5 anni la stabile residenza in Milano o nella provincia di Milano e non abbiano oltrepassato 12 anni dalla laurea. Scad. 31 dicembre 1932, ore 12. Chiedere programma alla Segreteria generale.

Fondazione Marco Besso.

È aperto un concorso a una borsa di studio per l'anno accademico 1932-1933 a favore di un giovane laureato in medicina e chirurgia nelle Università italiane per studi di perfezionamento da farsi all'estero. La borsa è di L. 12.000. Le domande dovranno essere presentate alla Segreteria della Fondazione in Roma, corso Vittorio Emanuele 51, non oltre il 15 novembre prossimo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Palermo, con votazione unanime ha chiamato il prof. Armando Businco, di anatomia patologica a Cagliari, sulla cattedra già occupata e illustrata da Ugo Soli.
All'insigne studioso esprimiamo il nostro vivo compiacimento.

Il prof. Rudolf Degkwitz, di clinica pediatrica a Greifswald, è chiamato ad insegnare la stessa disciplina ad Amburgo.

Il prof. Prassitele Piccinini è stato promosso grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, con *motu proprio* del nostro Sovrano. Rallegramenti vivissimi al valoroso sanitario, fervente promotore di molteplici iniziative culturali.

Anche con *motu proprio* sovrano è stato promosso ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia il prof. Beniamino De Vecchis, docente di odontoiatria nella R. Università di Roma. Rallegramenti cordiali.

Il prof. Pio Del Rio-Hortega è nominato direttore dell'« Istituto Nazionale del Cancro » di Madrid.

All'Associazione Medica Argentina sono stati nominati: Juan M. Obarrio presidente; Alejandro A. Raimondi vice-presidente; A. V. Di Ció segretario; E. M. Pueyrredón tesoriere; Atilio Vadone direttore delle pubblicazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale sull'aviazione sanitaria.

Il Comitato permanente dei Congressi internazionali di aviazione sanitaria, adunatosi a Liegi ed a Parigi il 24 e il 29 giugno, ha ratificato ad unanimità la proposta del Governo spagnolo, di convocare il 2° Congresso internazionale a Madrid dal 5 all'8 giugno 1933. Il Comitato organizzatore, posto sotto il patronato del Governo della Repubblica Spagnola, avrà come presidente onorario il prof. Charles Richet, dell'Istituto di Francia, e come presidente effettivo il prof. Léon Cardenal, vice-rettore dell'Università di Madrid. Segretario generale è il ten. col. medico Van Baumberghen, Marquillo 15, Madrid, che riceve le iscrizioni e che fornisce informazioni. Temi: Il condizionamento degli aeroplani sanitari; La sicurezza degli aeroplani sanitari; Le contro-indicazioni medico-chirurgiche del trasporto in aeroplano sanitario; Il corpo sanitario dell'aria. Paesi relatori rispettivamente: Spagna e Francia; Spagna, Italia e Svezia; Spagna e Belgio; Spagna, Inghilterra e Polonia. In linea generale, le relazioni saranno presentate insieme da un medico e da un aviatore. Durante il Congresso sarà disputata la coppa dell'aviazione sanitaria Maurice Raphaël.

1° Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

A questa riunione, che dovrà tenersi a Vichy nei giorni 19-22 settembre sotto la presidenza del prof. Paul Carnot, è fin da ora assicurato un largo successo, in ragione del numero e della qualità delle adesioni pervenute.

Tutte le richieste d'informazioni devono dirigersi al segretario generale Dr. J. Aimard, boulevard des Capucines 24, Paris (IXe), Francia.

Congresso neurologico brasiliano.

La « Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal » celebrerà il 25° anniversario della sua fondazione con un congresso, che si adunerà a Rio de Janeiro in settembre od in ottobre (la data non è ancora fissata) e sarà ripartito in tre Sezioni. Alla presidenza effettiva del comitato ordinatore è chiamato il Dr. Ulises Vianna; segretario generale è il Dr. Héctor Cavielho.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica di Vienna avrà luogo dal 26 settembre all'8 ottobre un corso internazionale di perfezionamento sulle più importanti questioni dibattute in medicina, con particolare riguardo alla terapia; quota scellini 50. Un corso internazionale sulla pediatria avrà luogo dal 28 novembre al 10 dicembre. Pel 1933 sono preannunziati i seguenti corsi internazionali: sulle malattie del cuore e dei polmoni (13-26 febbr.); di oto-rino-laringologia (29 maggio-10 giugno); sulle questioni dibattute di medicina (25 settembre-6 ottobre); sulla terapia moderna (27 novembre-8 dicembre). Hanno avuto luogo corsi speciali. Per i programmi e per informazioni rivolgersi al: Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Helsigsforstr. 1, Wien I, Austria.

* * *

Un corso complementare sulle malattie del cuore e dei vasi avrà luogo, a cura dell'« Association d'enséagnement médical des Hôpitaux de Paris », nell'Ospedale Broussais di Parigi, dal 10 al 22 ottobre, sotto la direzione del dott. Ch. Laubry. Per le iscrizioni (150 fr.) e il programma rivolgersi al Dr. Matton, Hôpital Broussais, rue Didot 96, Paris (14e), Francia.

Per l'insegnamento dell'ostetricia e della ginecologia.

In vari Paesi vengono discussi i miglioramenti da introdurre nello studio dell'ostetricia e ginecologia. L'abbrivo venne dato in Italia, da P. Gaifami, che su « La Clinica Ostetrica » ha promosso un referendum, al quale hanno risposto i nostri migliori Maestri della specialità. In Spagna la questione è stata sollevata in seno alla « Sociedad Ginecológica Española ». In Inghilterra lo è stata dalla Sezione di Ostetricia e Ginecologia della Società Reale di Medicina di Londra.

Per la nuova Facoltà medica di Parigi.

Come ne demmo notizia, la Fondazione Rockefeller ebbe ad offrire, tre anni or sono, 150 milioni di franchi all'Università di Parigi, per la ricostruzione della Facoltà medica, a condizione che questa raccogliesse in Francia una somma almeno uguale. Fu allora ventilata la cessione, da parte del Comune, all'Università, dei terreni della « Halle aux vins ». Il progetto fu poi abbandonato, a causa delle difficoltà materiali. In un'adunanza tenuta di recente presso il Ministero dell'interno, la scelta sarebbe caduta, invece, su di una zona di 50 ettari, a Isny-les-Mouléneux, alle porte di Parigi, di demanio pubblico: lo Stato verrà sollecitato a fare questa cessione e per tal modo potranno essere soddisfatte le condizioni della profferta americana.

5° Centenario dell'Università di Caen.

È stato celebrato con grande solennità; intervennero alla cerimonia il presidente della Repubblica francese, i ministri dell'Educazione nazionale e della Sanità pubblica, parecchi altri uomini di Governo, importanti delegazioni straniere, tra le quali largamente rappresentata era l'Inghilterra, memore che l'Università di Caen venne fondata da Enrico IV, re d'Inghilterra.

Durante la cerimonia fu conferito il grado di dottore *honoris causa* al prof. Bordet, di Bruxelles.

Circolo medico del Nord Argentino.

Si è costituito a Buenos Aires un « Circulo Médico del Norte », che ha prevalentemente scopi deontologici e di difesa degli interessi corporativi; alla presidenza è stato chiamato il dott. Antonio Cantó; segretario è il dott. Julio Silva de Murat (calle Bebedero 2909).

Elargizioni.

La signora Felicetta Pespico, per onorare la memoria del defunto fratello ha elargito la somma di un milione per erigere, a Poggiardo, un ospedale da intitolarsi al nome dello scomparso.

Sciopero di medici a Budapest.

Abbiamo dato notizia dello sciopero proclamato da settanta giovani medici dell'Ospedale Israelita di Budapest. Esso è durato circa un mese e mezzo

ed ha ingenerato un grave disagio nella classe israelita povera (pur non privandola dell'assistenza medica). Ciò ha indotto gli amministratori dell'Ospedale a un componimento, il quale è avvenuto sulla base di un piccolo stipendio da corrispondere ai giovani medici (nella misura di 50 pengö mensili, ossia 175 lire incirca), oltre il vitto e l'alloggio. L'accordo avrà vigore fino al 1° novembre.

Disordini alla Facoltà Medica di Buenos Aires.

Il regime bolscevizzante instaurato nella Scuola medica di Buenos Aires è stato causa di una disorganizzazione che è divenuta quasi irrimediabile. Gli studenti si lasciano sedurre da medici senza clienti, senza attitudini didattiche e senza valore scientifico, i quali, pur di essere elevati al professorato, concedono loro tutto ciò che vogliono. Si fa il mercimonio dei voti. Gli studenti mestatori profittano di ogni occasione per proclamare lo sciopero e per limitare al minimo le lezioni. I professori di provato valore e di fama internazionale si trovano a disagio tra le improntitudini, gli attacchi e gli arrembaggi dei nuovi colleghi improvvisati; personalità come Castex e Bonorino Udaondo hanno finito per rassegnare le dimissioni; altrettanto ha fatto tutto il corpo direttivo, in seguito a che il Governo ha nominato d'ufficio al decanato il vice-decano Rafael A. Bullroch. Il prof. Houssay, che aveva rifiutato di prorogare gli esami, è stato oggetto di gravi intimidazioni: una bomba è stata collocata sotto la sua casa!

Azione giudiziaria per intervento chirurgico.

Il 23 febbraio 1904, ossia 28 anni or sono, una paziente, signora Boiteaux, veniva operata, nell'Ospedale Saint-Antoine di Parigi, dai dottori Monod e Robineau, per affezioni addominali multiple: ascesso epatico, appendicite cronica e rene migrante. Molto tempo dopo si accertò la presenza, nel suo addome, di un corpo estraneo; un nuovo intervento, eseguito il 23 aprile 1920, portò ad estrarre una pinza emostatica, a quanto pare dimenticata dai due chirurgi predetti. Nel 1927 la paziente fu costretta ad essere ricoverata per un eventramento. Intanto il 17 ottobre 1925 ella aveva già promosso un'azione giudiziaria, per un indennizzo di 80.000 franchi, contro il dott. Robineau e contro gli eredi del dott. Monod (deceduto). I difensori della parte avversa sostennero la prescrizione, essendo trascorsi 3 anni, limite stabilito per le azioni penali nei casi di lesioni da imprudenza. Il Tribunale Civile della Senna non si è pronunziato al riguardo ed ha nominato tre periti d'ufficio. I difensori hanno ricorso in appello; ma la 1ª Camera della Corte d'appello ha respinto il ricorso, poichè la sig.ra Boiteaux ha intentato un'azione civile, e la prescrizione per le azioni civili ha luogo solo dopo 30 anni, mentre ne sono trascorsi 28. La causa avrà, dunque, corso.

Un'altra azione giudiziaria per intervento chirurgico.

Un chirurgo di Parigi, assistito dal medico curante, aveva operato con successo una malata di appendicite. L'infermiera aveva, poi, collocato una boccia d'acqua caldissima tra le gambe della paziente, mentre questa era ancora sotto narcosi; ne erano derivate scottature di terzo grado: onde un'azione giudiziaria. La perizia fu affidata ai proff. Auffray e Schwarz. Il Tribunale Civile ha ammesso la colpa dell'infermiera ed esclusa quella dei medici; invece la Corte d'appello, 1ª Camera, ha esteso la responsabilità ai medici e li ha condannati a corrispondere 6000 franchi di danni e interessi.

Remissione di querela.

Innanzi alla Sez. XVI del Tribunale Civile e Penale di Milano, il 30 giugno, l'on. prof. Amedeo Perna ha receduto dalla querela contro i dottori Enrico Bellotti ed Eugenio Bellinzona, in seguito a loro dichiarazione secondo cui, pur dissentendo da essi nei metodi e nei principî, il prof. Perna ha sempre agito in perfetta onestà di propositi e di idee, ispirandosi costantemente all'interesse della Classe e del Paese.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Giovanni La Selva da Cosenza, medico del Comitato provinciale antimalarico di Ravenna, si recava in auto pubblico, per ragioni ispettive, ad un casello nei pressi della città; al momento del ritorno, la vettura venne investita in pieno da un treno. L'autista rimase sfracellato. Il medico, lanciato a distanza, riportò fratture multiple alla gamba destra. Gli giungano ferventi auguri di perfetta guarigione.

Fatale errore di un farmacista.

Nella Farmacia di Santa Corona a Milano il dott. Agostino Battaglia ebbe a fornire due fialette di strofantina, invece che di olio canforato; ne è seguita la morte di due donne, tra cui la levatrice Carlotta Pelissier. Il farmacista è stato arrestato; all'atto dell'arresto, in un inconsiderato tentativo di fuga, egli è saltato da una bassa finestra, riportando lievi contusioni.

A 82 anni è morto il 15 luglio il dott. AMILCARE CARPI, uno dei più vecchi e benemeriti sanitari di Milano. Medico-chirurgo del Comune, profuse per oltre 40 anni ogni sua dote di scienziato e di uomo di cuore con illimitato disinteresse e spontanea affettuosa generosità. Fu medico dei ferrovieri, della Associazione Bersaglieri, fondatore della Poliambulanza di Porta Venezia, fondatore e sovventore dell'Asilo Infantile di Venezia e di quello di Casorettò, presidente dell'Associazione dei medici condotti, consigliere dell'Ordine dei Medici.

Padre di Eugenio Carpi, decorato al valore e caduto in guerra, seppe offrire alla Patria con mirabile fortezza d'animo il proprio figliolo alla cui memoria è intitolata una via in Milano.

Era anche padre del prof. Umberto Carpi, primario dell'Ospedale Maggiore e della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Milano, cui facciamo le nostre condoglianze sentite.

R. F.

Si è spento a Napoli, in età di 84 anni, il sen. GIUSTINO FORTUNATO, cultore di diritto e di studi economici, apostolo della redenzione dell'Italia meridionale, noto per avere promosso e sostenuto le azioni contro la malaria.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — S. S. Samuels. Trombo-angite obliterante in due fratelli. — G. E. Brown. Eritromelalgia. A. H. Rowe. Allergia alimentare. — D. H. Kling. Artrite sifilitica.

Presse Méd., 9 apr. — G. Ramon e R. Debré. La vaccinaz. antidifterica con l'anatossina.

Arch. It. di Anat. e Istol. Pat., gen.-feb. — A. Manai. Linfogranulomatosi maligna. — N. Andreis. Granuli granulomatosi della miocardite reumatica. — P. Celli. Cirrosi epatiche in luetici.

Scalpel, 9 apr. — Christophe. Applicazione dell'antivirus nelle suppuraz. polm.

Riv. San. Sicil., 1 apr. — G. Di Macco. Trasformazione di cellule normali in cellule di tumori maligni al di fuori dell'organismo.

Arch. Internal. Med., mar. — R. Vauzaut e al. L'acidità gastrica nell'uomo. — S. Weiss. Azioni dell'istamina nell'uomo. — P. Willson e A. A. Preece. Chorea gravidarum.

Actualidad Med. Mundal, feb. — E. L. Lanari e al. Il torio nell'epatosplenografia.

Amer. Med., mar. — Numero di endocrinologia.

South Afr. Med. Journ., 26 mar. — Discussione sui fenomeni isterici.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — M. Bidone. Sul sintomo endoteliale in ginecologia. — F. Saraceno. La rachianestesia novocainica nella ginecologia operativa

Pathologica, 15 apr. — D. Pacchioni. Fermenti ed anticorpi. — C. Cioni. Infarto necrobiotico ischemico del fegato.

Arch. It. di Chir., feb. — G. Pieri. Chirurgia della iperidrosi. — E. Santi. Innesti ossei autoplastici e simpaticectomia.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — N. J. Kilbourne. Le vene varicose. — M. M. Melicow e H. V. Findlay. Tumori benigni dell'uretere. — C. Jeff Miller. Prolasso dell'utero.

Riv. It. di Stomat., feb. — G. B. Franci. Carie dentale e calcio dell'acqua potabile.

Morgagni, 10 apr. — G. Caso. Il sangue nella fatica.

Lancet, 16 apr. — C. C. Okell. Il compito degli streptococchi emolitici nelle malattie infettive. — R. Green. La malaria trattata con l'atebrina.

Deut. Med. Woch., 15 apr. — v. Bergmann. « Sindrome epifrenale », angina pectoris e cardiospasmo. — Veil. Il posto del morbo di Weil.

Forze Sanit., 15 mar. — U. Carpi. Prognosi della tbc. polm. — A. Omodei Zorini. Eziologia dell'emottisi.

Rev. Méd. de Barcel., mar. — X. Cuatrecasas e F. Duclós. Meccanismo di produz. del « roulement de Flint ». — E. Gil Vernet. Fisiologia placentare.

Bull. Ac .de Méd., 5 apr. — A. Petit e R. Erber. Siero antipoliomielitico concentrato.

Münch. Med. Woch., 15 apr. — Barkan. Terapia iodica. — Pepers. La febbre ondulante.

Zbl. inn. Med., 16 apr. — Numero sulla tbc. polm.

Chinese Med. Journ., feb. — Numero di ostetricia e ginecol.

Presse Méd., 15 apr. — A.-B. Marfan. Ipofosfatemia e rachitismo. — C. Pascal. Il dinamismo della demenza precoce.

Clin. Chirurg., feb. — Cazzamalli. Anestesia chirurgica e ricambio idrocarbonato intermedio. — Alberti. Ematuria in rene nefralgico.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., mar. — O. Kauffmann-Costa e O. Valisco. Compito del pane bianco nell'alimentaz.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 15 Agosto 1932 - X Num. 33

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

È attualmente la epatolienografia col Thorotrast un metodo d'indagine consigliabile?

Dott. ETTORE LIVERANI, ass. vol.

I brillanti risultati ottenuti in questi ultimi tempi con l'introduzione nella semeiotica radiologica di mezzi di contrasto iniettabili nelle vene, hanno vieppiù stimolato gli sperimentatori alla ricerca di nuove conquiste.

Essendo ormai la visualizzazione delle cavità sierose e dei vari emuntori, con questi mezzi, una pratica realtà, si tenta oggi di rendere opaco anche il parenchima degli organi, onde metterne in evidenza la forma, le dimensioni, la situazione ed i rapporti topografici di adiacenza.

I primi tentativi di opacizzazione parenchimale risalgono a Einhorn che mediante delle iniezioni endovenose di dosi forti di tetrajodofenoftaleina cercò con scarso successo di attuare la epatografia; seguì poi la pielografia discendente con uroselectan o abrodil, che, per la rapida e massiva eliminazione della sostanza, non di rado permette di vedere distintamente sul radiogramma tutta la massa renale.

L'inizio vero però della realizzazione di questo programma è dei nostri giorni: Radt (1930) proponendosi di studiare radiologicamente la mucosa gastrica con una sospensione colloidale di torio (tordiol) ed avendone prima saggiata la tossicità negli animali mediante iniezione endovenosa, notò all'esame radioscopico una opacizzazione della milza e del fegato, che con ricerche istologiche potè convincersi essere dovuta ad un'immagazzinamento delle particelle di torio da parte degli elementi del sistema reticolo endoteliale di questi due organi.

Oka, in Giappone, contemporaneamente iniettava esso pure un sale colloidale di torio nelle vene di animali, alcuni dei quali morivano per embolia capillare. Ricerche successive gli per-

mettevano di attribuire ciò a flocculazione del colloide di torio, poco stabile nel sangue, per cui gli esperimenti non furono trasportati nell'uomo che per uso pielografico ascendente; anche questa applicazione, però, pare abbia dato inconvenienti causando occlusioni per flocculazione.

Recentemente la fabbrica tedesca Heyden, partendo dalle ricerche di Radt e di Oka, ha messo in commercio un preparato di Torio (Thorotrast Heyden 1073a), che essendo una sospensione colloidale stabile di biossido di Torio al 25 %, può essere iniettato nelle vene senza pericolo di flocculazione, alla dose media di 1-1 1/2 cc. per chilogramma di peso.

La sola nozione comunicataci da Radt e confermata da Baumaun e Schilling, Leipert, Weiser ed altri, che il biossido di torio introdotto endovena viene immagazzinato quasi esclusivamente dal reticolo-endotelio del fegato e della milza, ed ivi resta per un tempo non ancora definito, ma certo assai lungo, deve subito far accettare con molta riserva l'innocuità del prodotto. Si è già discusso da alcuni di questo fatto; Weiser, per esempio, consiglia grande prudenza sull'uso del Thorotrast per il timore di un blocco del reticolo-endotelio e per la ignoranza degli effetti a distanza che i raggi α, emessi dal biossido di torio, possono produrre sulla cellula.

Kandrka considera invece la radioattività del torio praticamente senza importanza ed il danno del blocco del R.E. inesistente; anzi egli afferma doversi ritenere assai più probabile che l'assunzione di torio da parte degli elementi reticolo-endoteliali costituisca uno stimolo esaltatore dell'attività di questo sistema cellulare.

Nonostante Radt ci assicuri che animali da esperimento, dopo l'iniezione di torio hanno bene superate diverse infezioni a prova dell'ottima funzione del loro R.E., ed anche noi per le moderne conoscenze di biologia sperimentale concordiamo nel ritenere che non si possa mai giungere al vero « blocco » di questo sistema, stimiamo per lo meno azzardato accettare senza qualche riserva l'idea del non danno, tanto più che sappiamo dallo stesso Radt che dopo quasi due anni dall'iniezione i suoi animali da esperimento presentavano ancora un'ombra radiografica degli organi ipocondriaci molto evidente.

Anche fosse ormai provato che le particelle di torio mancano di qualsiasi tossicità, e che l'azione dei loro raggi α è senza alcuna importanza, come con facile espressione proclama Kandrka, credo resti sempre da considerare la possibilissima azione dannosa di una loro permanenza di mesi ed anni nella cellula, non foss'altro in ragione del loro volume.

È legge comune di biologia sperimentale che nessun corpo estraneo possa permanere nell'interno dei tessuti organici senza provocare un danno. Se le particelle di torio abbiano particolari proprietà da poter costituire una eccezione a questa regola, o se le cellule del finissimo e delicato sistema reticolo-endoteliale possano, anch'esse eccezionalmente, non risentire danno da sì particolari condizioni, è cosa che per lo meno devesi ancora dimostrare.

Le osservazioni anatomo-istologiche nell'uomo sono ancora assai scarse: Popper e Klein che hanno usato il preparato esclusivamente in carcinomatosi avanzati, hanno trovato il Torio nel fegato e nella milza sino a un mese dopo la iniezione.

Randerath ci fornisce una documentata descrizione istologica di tutti gli organi di due casi occorsi alla sua osservazione anatomopatologica in cui erano stati iniettati a scopo diagnostico, rispettivamente 180 e 60 cc., poco tempo prima della morte.

Il primo, era un individuo di 58 a., affetto da carcinoma gastrico con metastasi epatiche, e deceduto dopo circa un mese dall'ultima iniezione di Thorotrast. Il fegato, enorme ed estesamente cosparso di noduli carcinomatosi, presentava il sistema reticolo-endoteliale, impregnato dal sale di Torio, mentre il tessuto delle metastasi neoplastiche ne era assolutamente libero; l'organo mostrava inoltre, diffusamente, abbondanti quantità di Torio nell'interno di necrosi circoscritte in cui ancora si riconoscevano residui di cellule stellate contenenti Torio. La milza si presentava ricca di granuli colloidali del sale, specie nelle cellule del reticolo della polpa e negli endoteli dei vasi sanguigni. Tenui quantità di Torio furono riscontrate nelle cellule del reticolo e negli endoteli dei seni venosi del midollo osseo, tenuissime nella corticale dei surreni e nella zona glomerulare, mentre le linfoghiandole del torace e dell'addome, carcinomatose o no, ipofisi, testicoli, cervello e meningi, cuore e grossi vasi, apparato respiratorio e tubo digerente, vie biliari seminali, muscoli e cute, non presentavano tracce della sostanza in parola.

La seconda osservazione verteva su di un uomo di 54 anni, affetto esso pure da carcinoma gastrico con metastasi in vari organi, ma non nel fegato, ed al quale erano stati somministrati 60 cc. di Thorotrast otto settimane prima della morte. In questo caso, in cui la carica di sale era stata un terzo dell'altra, si rin-

venne la sostanza proporzionatamente al primo in quantità superiore, nelle cellule reticolari della polpa splenica, in quelle stellate di Kupfer del fegato, ed in piccola quantità in quelle del reticolo del midollo osseo. Anche qui, tanto le metastasi carcinomatose, quanto tutti gli organi su menzionati, erano completamente privi di essa.

L'A., parlando dell'esame istologico del fegato di questo secondo caso, non fa cenno se anche in esso vi fossero zone necrotiche non neoplastiche con depositi centrali di particelle colloidali di torio libere, la qual cosa, come ognuno facilmente comprende, costituisce la parte che a noi più interessa.

A questo fatto tuttavia, l'A., nelle sue conclusioni, non annette grande importanza, poichè si sofferma piuttosto a discutere se l'uso endovenoso del preparato Heyden possa o meno aver favorito l'estensione, veramente enorme, delle metastasi neoplastiche.

Grandemente ammonitore è il caso riferito da Bungeler e Krautwig: si tratta di un caso di morte per rottura della milza, conseguente a trombosi delle vene e dei seni splenici, in immediata coincidenza con una iniezione di Thorotrast. Il quesito diagnostico per cui si ricorse al Thorotrast era posto da un tumore di milza febbrile di natura non chiara. La paziente dopo una iniezione di 20 cc. di Thorotrast fu colta da un violentissimo dolore alle regioni lombari ed iperpiressia transitoria (40°,4). Il giorno seguente fu ripetuta una seconda iniezione di 20 cc. e dopo 20 ore la paziente, avendo presentato pressappoco la stessa sintomatologia, in poco tempo decedette con fenomeni di collasso circolatorio. All'esame anatomopatologico si trovò emoperitoneo per rottura splenica; infiltrati nodulari nella milza e nel midollo osseo, identificabili come proliferazioni del reticolo endotelio, ed un'estesissima trombosi delle vene e dei seni della milza.

I trombi contenevano nell'interno molti granuli di biossido di torio, il che fa presumere che la reticolo endoteliosi da cui era affetto quel soggetto fosse stata improvvisamente aggravata dal torio a tal punto da rendere possibile lo stabilirsi della trombosi.

Pure Ravenna, da noi, riferisce di un soggetto affetto da processi flebitici in atto che a breve distanza dalla terza iniezione di 25 cc. di Thorotrast presentò la trombosi di un gruppo di vene del quadrante inferiore dell'addome. Qui, l'azione dannosa del Thorostrat non è così patente come nel caso precedentemente ricordato, poichè si tratta di un'individuo che aveva presentato tre precedenti infarti splenici; comunque, come giustamente afferma l'autore, tenendo presente il caso descritto da Bungeler e Krautwig, non si può escludere con sicurezza l'azione dannosa del Thorotrast.

Ricerche sulla funzionalità epatica praticate sui conigli da Popper e Scoll con 6 cc. di Thorotrast, mediante la reazione di Millon (determinazione quantitativa nelle orine della frazione fenolica insolubile in etere), hanno potuto stabilire che in circa il 50 % dei casi si può mettere in evidenza un sicuro patimento del fegato; in questi infatti, il fenolo compare nelle urine con una intensità variabile da 19 a 25 mgr. %. Inoltre gli AA. affermano di avere riscontrata positiva questa stessa reazione con valori enormi (40,2 mgr. %) 10 giorni dopo l'iniezione endovenosa di 78 cc. di Thorotrast anche in un paziente affetto da carcinoma gastrico con metastasi epatiche, mentre, sia prima che al 5° ed 8° giorno seguente all'inoculazione la Millon si era sempre mantenuta negativa. Per queste ricerche che, secondo loro, costituiscono uno dei metodi d'indagine funzionale del fegato più sicuri e sensibili. Popper e Scoll ritengono che l'uso radiodiagnostico dei preparati colloidali di torio debba essere assolutamente abbandonato.

Altre voci consimili stanno comparendo nella letteratura: Kandrka e Stoppani hanno rispettivamente constatato nei conigli emoglobinuria ed albuminuria: Weiser avrebbe constatato che l'uroselectan non viene eliminato dal rene dopo alte dosi di Thorotrast.

L'immagazzinamento delle particelle di torio da parte del reticoloendotelio pare sia assai rapida; Büchner, citato da Baumann e Schilling, ha trovato istologicamente il torio nelle cellule dopo 15'. Randerath e Schlesinger, ripetendo l'esperimento con la dose costante di 2 cc. per Kg. di peso, (cioè ad un dipresso poco più della dose prescritta per l'uomo) hanno trovato torio libero non ancora assunto dalle cellule del fegato, della milza e del midollo osseo, fino a 4 ore dopo l'iniezione; inoltre nelle fasi precedenti all'assunzione, che in genere inizia dopo 30' e diviene massima dopo 60', un rigonfiamento di queste cellule ed un ingrandimento nettissimo del loro nucleo. Gli AA. hanno anche potuto accertare solo dopo 8 ore dall'iniezione, piccolissima quantità di torio nell'interno delle cellule del reticoloendotelio dei surreni, reni e polmone, esprimendo però l'opinione che tali elementi cellulari non siano sicuramente locali, ma piuttosto ivi trasportati dalla corrente sanguigna dai tre organi immagazzinatori sopra citati. Anche Nemours a prova di questa

asserzione, iniettando una dose massiva di sostanza, ha potuto dimostrare radiologicamente fino a 10' dopo l'iniezione il cuore, l'aorta ed i vasi polmonari; dopo 20' invece, l'inizio della opacizzazione del fegato e della milza.

Circa il procedimento e le vie di eliminazione del sale dall'organismo, non sappiamo nulla a tutt'oggi, poichè non è stato ancora possibile ad alcuno trovare le caratteristiche goccioline di colore grigio violetto, che nel preparato incoloro si riconoscono facilmente per la loro lucentezza, nè negli epiteli degli organi escretori, nè nel loro contenuto. Segnalazioni sporadiche e prive tutte di dati sperimentali sicuri fanno presumere che vari organi possano esserne gli emuntori; il rene pare abbia grande importanza in ciò, poichè qualche autore ha trovato granuli finissimi di torio negli endoteli glomerulari mentre, come sopra ho accennato, Weiser, Stoppani ed altri avrebbero constatato dopo l'iniezione segni di alterazione della funzionalità renale.

Pure il fegato e l'intestino tenue pare partecipino a questo processo di lenta escrezione; a suffragio della probabile eliminazione intestinale, Ravenna ricollega alla nozione comune della emissione abituale dei metalli pesanti attraverso la mucosa intestinale, la frequenza di diarree nei conigli trattati con Thorotrast e la presenza da lui stesso constatata di granuli di torio finissimi ed appena visibili nelle cellule cilindriche intestinali e lungo la parete dei vasi dei villi.

Kandrka infine, avendo constatato nelle cellule epiteliali degli alveoli polmonari ed in quelle espulse dai bronchi, dei granuli finissimi simili a quelli visti nelle cellule del reticoloendotelio, presume che una parte del torio venga eliminato anche attraverso i polmoni; Randerath e Schlesinger però, ripetute le ricerche, escludono questa ipotesi, dichiarando non potersi identificare le goccioline trovate da Kandrka nei bronchi e nella trachea, e da essi anche nel rene, con la sostanza in parola. Io credo di potere confermare l'opinione di questi due AA. poichè ho osservato che la quantità di torio che si può rinvenire nel polmone è straordinariamente piccola e perchè le goccioline oscure che raramente si possono rinvenire nelle cellule degli epiteli bronchiali ed in quelle pavimentose degli alveoli polmonari, identificate da Kandrka come granuli di torio, con un accurato esame si vede che mancano della caratteristica rifrangenza del torio, e che come giustamente affermano Randerath e Schlesinger, non hanno lo splendore metallico di quelle che si rinvengono nelle cellule reticoloendoteliali del fegato e della milza. Concludendo diremo che nonostante tutte queste ricerche ed ipotesi, la dimostrazione della escrezione del Thorotrast è tutt'altro che un fatto acquisito che dovrà essere tenuto in gran conto nella valutazione della opportunità di diffondere l'uso del metodo.

Riguardo alla tossicità ed ai possibili danni che il torio può arrecare all'organismo, le ricerche di controllo sull'animale sono purtroppo ancora assai scarse e non tali da permettere a chi scorre la letteratura sull'argomento, di formarsi un concetto rassicurante. Molti autori si sono accontentati di considerare questo problema dal punto di vista della tollerabilità clinica immediata e recente, che effettivamente sembra ottima. Randerath e Schlesinger sono arrivati in un coniglio alla dose massima di 15 cc. pro chilo, notando solo una modica e leggera dispnea; Nemours ha potuto iniettare, senza danno apparente, 18 cc. in una sol volta in un coniglio di tre Kg.; io, in una coniglia gravida a termine, sono arrivato nello spazio di 24 ore alla dose totale di 28 cc., senza notare disturbi immediati. Però, l'animale, che per quanto dimagrato, a distanza di tre mesi è tutt'ora vivente, nella notte ha espulso tutti i feti morti.

La buona tolleranza all'atto dell'introduzione del farmaco che ha tanto valore per quelle sostanze rapidamente e completamente eliminabili che si introducono endovena a scopo radiodiagnostico, quali per esempio la tetrajodofenolftaleina, l'abrodil, l'uroselectan, perde, nel caso specifico, quasi ogni significato, per il fatto che il torio permane assai lungamente nell'organismo (fino quasi a due anni dall'iniezione, secondo Radt).

Anche le ricerche istologiche finora esistenti scarse e non chiare: infatti dalla descrizione istologica che Randerat fa del primo dei due casi occorsi alla sua osservazione necroscopica, apprendiamo che nel fegato, oltre alle metastasi neoplastiche, si rinvennero « necrosi circoscritte con torio in quantità molto abbondante, onde bisognava riconoscere una certa dissoluzione delle cellule immagazzinatrici ed un ritorno in libertà della sostanza iniettata ». Fatta questa ammissione l'A., nelle conclusioni, non mostra di attribuire alcun valore a ciò, poichè afferma che in entrambi i casi non si rilevava un qualsiasi danno dell'organismo attribuibile all'uso endovenoso del preparato Heyden ed al suo immagazzinamento da parte del fegato e della milza.

Sempre Randerath e Schesinger nella relazione dei loro esperimenti sui conigli, riguar-

do alle condizioni istologiche degli organi contenenti torio, non sono più espliciti; si legge infatti nel loro lavoro: « nei nostri esperimenti sugli animali non abbiamo potuto in nessun modo dimostrare morfologicamente alcun segno di alterazione cellulare negli organi interessati. Non vorremmo però da questo dedurre che non siano comunque possibili lesioni cellulari da Thorotrast ».

Altri autori tentano stabilire le indicazioni e controindicazioni cliniche dell'uso del preparato nell'uomo, mostrando con ciò di non essere troppo convinti della sua innocuità: Kandrka consiglia di indagare prima sul tipo e sul grado della lesione epatica o splenica e Arnell, addirittura, afferma che il metodo non deve essere adoperato quando la funzione antitossica spleno epatica è compromessa da grave lesione specie del fegato « sia del parenchima che del mesenchima ». Si può solo obbiettare che seguendo questi concetti l'indagine rischia spesso di divenire per lo meno superflua.

Non è chi non comprenda come tutte queste ricerche ed opinioni succintamente riferite, lascino insoluti la maggior parte dei problemi che il nuovo mezzo d'indagine ha sollevato, e come il facile entusiasmo di chi lo ha usato e lo usa nell'uomo, debba arrestarsi per attendere ancora il maturarsi della fase sperimentale. Infatti, di certo, noi oggi non sappiamo altro che, salvo casi di reticoloendoteliosi o di flebite, la introduzione endovena del prodotto, generalmente, non è seguita da incidenti spiacevoli immediati; tolto questo, non sappiamo con precisione nè il tempo di permanenza nell'organismo, nè le vie di eliminazione, nè gli effetti a distanza sulla cellula immagazzinatrice.

Queste considerazioni mi hanno indotto ad istituire una serie di esperienze sull'animale, specialmente dirette alla ricerca di eventuali danni cellulari, poichè trattandosi di un prodotto già in commercio, questo mi è sembrato il lato più interessante del problema.

Gli organi da me studiati istologicamente sono sette: milza, fegato, midollo osseo, rene, polmone, ghiandole linfatiche, placenta. (Di quest'ultima dirò in un lavoro a parte).

L'esito di una prima serie di ricerche da me praticate sarà pubblicato con ampia documentazione in una nota a carattere preventivo nella Sezione Medica di questo giornale, per cui, per completezza, riferirò qui di esse solo per sommi capi.

« 1) Il Thorotrast somministrato endovena viene trattenuto per la massima parte dal fegato, dalla milza e dal midollo osseo; il quale ultimo, contrariamente a quanto è stato affermato, ha una capacità di assorbimento del colloide di torio pressochè eguale a quella degli altri due organi. Sotto forti dosi anche il rene si impregna della sostanza.

2) Sperimentando nel coniglio con la dose di 2 e 3 cc. pro chilo di peso, si rinvengono dopo otto giorni, qualche volta, necrosi a focolaio e sempre, processi necrotici e degenerativi diffusi delle singole cellule epatiche, mentre non si riscontrano alterazioni di qualche entità nella milza e nel midollo osseo. Negli animali sacrificati dopo uno e due mesi dall'iniezione si trova che i processi a tipo degenerativo o necrobiotico delle singole cellule epatiche sono assai più estesi; il reperto midollare e splenico rimane invariato.

3) Mentre nel fegato tutto il sistema reticolo endoteliale partecipa all'assunzione del torio (il che non va inteso nel senso di « blocco » oggi non più ammissibile) nella milza normale gli elementi del reticolo inclusi nel dominio dei follicoli di Malpighi non partecipano all'assunzione.

4) Ripetendo le esperienze con conigli precedentemente trattati, parte con inalazioni di cloroformio, e parte con iniezioni endovenose di tubercolina, si nota che l'uso del Thorotrast aggrava le lesioni prodotte da dette due sostanze e precisamente: nel fegato, si nota, in entrambi i casi, una maggior gravità delle lesioni che il torio produce nell'animale sano. Nella milza dei conigli prima trattati con tubercolina si trova una spiccata partecipazione ai processi di fagocitosi della sostanza inoculata degli elementi inclusi nei follicoli di Malpighi. Inoltre, nel midollo osseo di alcuni di questi stessi animali si nota un spiccato aumento delle cellule grasse che nei preparati di controllo non è dato riscontrare.

5) Il processo di eliminazione del torio dall'organismo costituisce ancora un fatto assolutamente oscuro, ma comunque assai lento, poichè esaminando preparati istologici epatosplenici di animali sacrificati dopo otto giorni e dopo uno o due mesi dall'iniezione di una stessa dose di torio, non si riesce ad apprezzare in questi ultimi alcuna diminuzione quantitativa della sostanza in essi contenuta.

Inoltre, nonostante le supposizioni le più varie, nessun autore ha ancora potuto dimostrare l'emuntorio per cui esso viene eliminato ».

Una volta accertato che il Thorotrast ad una dose di poco superiore a quella consigliata per l'uomo produce nell'animale alterazioni del parenchima epatico ed aggrava notevolmente lesioni preesistenti, mi sono proposto di

stabilire, sperimentando in una nuova serie di conigli con dosi scalarmente decrescenti, quale fosse la quantità minima di torio che non provoca più danni istologicamente evidenziabili; contemporaneamente ho radiografato ogni animale 24 ore dopo l'ultima iniezione, onde ottenere una serie di radiogrammi che mi permettesse di seguire anche le modificazioni della visualizzazione degli organi ipocondriaci e di stabilire un parallelo tra la dose minima non lesiva e la sua corrispondente utilizzazione pratica radiologica.

Per maggiore chiarezza riassumo tutti questi dati nella seguente tabella:

Coniglio	Peso	Dose in c.c.		Capacità lesiva su:		Potere di opacizzazione radiologica	
Numero	in Kgr.	totale c. c.	pro chilo cc.	Fegato	Milza e midollo osseo	Fegato	Milza
1	1.950	5,9	3	+++	+	++	+++
2	2.150	5,3	2.5	+++	—	++	+++
3	2.000	4	2	+++	—	++	+++
4	1.780	3.1	1.7	++	—	+	+++
5	1.900	2,9	1.5	++	—	+	++
6	2.100	2,1	1	++	—	—	++
7	2.300	1,6	0.7	+	—	—	+
8	1.850	1,1	0.6	—	—	—	+
9	1.800	0.9	0.5	—	—	—	+

N. B. — Gli animali di questo gruppo di esperienze sono stati sacrificati dieci giorni dopo l'iniezione.

Il presente quadro mostra abbastanza chiaramente come la capacità lesiva del torio nel coniglio sia dimostrabile istologicamente, in prevalenza sul fegato, fino alla dose di 1 cc. per chilo di peso e come con questa quantità la visualizzazione radiologica epatosplenica non sia molto buona, specie per il fegato. Tale limite è certo inferiore a quello stabilito fino ad oggi per l'uomo che si aggira circa su 1-1 1/2 cc. pro chilo, per cui, quantunque sappiamo come non sempre il potere tossico di una determinata sostanza, stabilito in base al peso di un piccolo animale si mantenga lo stesso nell'uomo, crediamo opportuno, in mancanza di altri mezzi comparativi più esatti, di consigliare una intensificazione delle ricerche sperimentali, nella speranza che si possa meglio chiarire il problema biologico del Thorotrast e giungere ad una modificazione del prodotto che permetta una rapida eliminazione del torio dall'organismo. È sopratutto la lunga permanenza del torio nella cellula che secondo noi è causa dei danni che esso provoca. Stando così le cose, si comprende facilmente come la quantità iniettata abbia scarso valore dal punto di vista istologico della non ledibilità dell'organo immagazzinatore, poichè siccome è più probabile che questa si esplichi più per ragione meccanica che tossica, essendo il torio un metallo ad altissimo peso atomico, è logico pensare che le cellule che lo assorbono vengano a soffrirne, anche indipendentemente dalla quantità iniettata. Naturalmente, se questa è scarsa, la sua azione sulla singola cellula sarà assai meno lesiva, poichè è logico pensare che ogni elemento ne assorbirà una quantità relativamente piccola; questo ragionamento però non trova una esatta e costante conferma nella osservazione dei molti preparati microscopici di fegato di animali trattati con dosi altissime e minime, che io ho potuto fare, poichè, anche in quelli a debole carico di torio, mentre si riscontrano qua e là zone in cui non è dato assolutamente trovare torio, in altre invece questo si accumula, determinando anche in qualche punto lievi processi degenerativi simili a quelli che ho ampiamente descritto in un precedente lavoro.

Quale responsabilità spetti al potere radioattivo del torio nel determinismo delle alterazioni cellulari, per ora, non possiamo con certezza assodare, poichè è assai difficile lo stabilirla. Di certo, sappiamo che il torio è sicuramente radioattivo, poichè riduce a freddo, nello spazio di un secondo, la soluzione di Del Rio Hortega; sempre per la sua lunga permanenza nell'organismo, ci limiteremo a ritenere più probabile che esso determini, anche per la sua radioattività, una azione piuttosto sfavorevole, giudicando per lo meno azzardato pensare, come fa Kandrka, che all'incontro eserciti una azione stimolante delle funzioni reticolo endoteliali.

Altra deduzione importante è quella che emerge dalle mie esperienze con cloroformio e Thorotrast, e tubercolina e Thorotrast; infatti queste dimostrano che organismi alterati nei loro organi ipocondriaci o nel loro sistema reticoloendoteliale in toto, risentono in maniera assai più forte dell'azione lesiva del torio. Questo fatto acquista grande valore se si pensa che il metodo viene usato non nell'uomo sano, ma nel malato, e malato quasi sicuramente e profondamente nei suoi organi ipocondriaci. Detto ciò, non credo sia questo il caso di seguire nel ragionamento quegli autori che tentano stabilire indicazioni e controindicazioni

che richiedono la conoscenza della natura e dell'estensione del processo morboso.

Non si deve mai dimenticare che se pure è giustificabile persistere nell'uso di preparati terapeutici dimostratisi sicuramente efficaci nel periodo sperimentale, nonostante qualche accidente grave, non è altrettanto ammissibile l'introduzione di metodi nuovi puramente diagnostici che non diano tutte le garanzie più ampie dell'innocuità.

Le grandi incognite che ancora circondano il Thorotrast, quali, l'azione delle emanazioni radioattive del torio durante la sua lunga, lunghissima, permanenza nell'organismo, e l'ignoranza completa sulle modalità e vie di escrezione, sono elementi tutt'altro che rassicuranti. Se a questi argomenti aggiungiamo la considerazione che si tratta di una sostanza che viene usata a scopo diagnostico e quindi in individui con organi ipocondriaci a funzionalità presumibilmente lesa, concluderemo col pensare che il torio non possa ancora entrare nella pratica radiodiagnostica corrente, tanto più che le lesioni istologiche da noi constatate e documentate in un precedente lavoro trovano una netta conferma nelle constatazioni chimiche di Popper e Scoll.

Dobbiamo quindi attendere che il valore teorico-scientifico del torio si trasformi in valore pratico.

Per questo io non esito a richiamare l'attenzione dei radiologi sull'argomento ed a metterli in guardia dai danni, *non immediati*, ma lontani, che esso può provocare al paziente, il quale viene a ricevere un metallo radioattivo ad altissimo peso atomico nella parte più delicata del proprio organismo, il reticolo endotelio, senza che per lo meno nessuno ancora sappia quando mai potrà liberarsene.

RIASSUNTO.

L'A., basandosi su sue ricerche sperimentali sul Thorotrast, in parte pubblicate precedentemente, si dichiara nettamente contrario all'uso umano di tale prodotto pei danni notevoli che provoca, specie sul fegato.

BIBLIOGRAFIA.

ARNELL SANS A. Revista medica de Barcelona, gennaio 1932.
ARRIGONI e PORTA. Minerva Medica, n. 14, 1932.
BAUMANN e SCHILLING. Klin. Woch., n. 27, 1931.
BAUKE. Deut. Med. Woch., 57, n. 27, 1931.
BEUTEL. Med. Klin., n. 5, 1931.
BOGGETTI e STOPPANI. Il Cancro, n. 4, 1931.
BÜNGELER e KRAUTWIG. Klin. Woch., 1932, p. 143.
CATALANO O. Rassegna Internaz. di Clin. e Terapia, n. 16, 1931.
ID. Rivista di Radiologia e Fisica Medica, vol. 6, 1931.
CONTE e CERRUTI. Radiol. Med., febbraio 1932.
CROSETTI. Giornale del Medico pratico, 1931.
EHRHARDT K. Klin. Woch., n. 8, 1932.
FETZER e HOPPE. Fort. a. d. G. Roent., dic. 1931.
LANARI, JORG, AGUIRRE 5 MOSEA. Actualidad Médica Mundial, n. 14, 1932.
GROSS. Schweiz. med. Woch., n. 23, 1931.
HUGENIN, NEMOURS, ALBOT. C. r. Soc. Biol., p. 879, 1931.
KANDRKA. Journ. de Radiol., n. 6, 1931; F. a. d. G. d. Roentg., Bd. 44, n. 1, 1931; Bull. Soc. Méd. de France, n. 177, 1931; Acta Radiol., fasc. 4, n. 68, 1931; Schweiz. mediz. Woch., n. 18, 1931.
KANDRNKA e ROSSIER. Acta Radiol., n. 69, 1931.
KÖNIG e WEBER. Klin. Woch., pag. 2123, 1931.
LEIPERT. Wiener Klin. Woch., n. 36, 1931.
MARTLAND, CONLON e KNEF. Journ. Amer. Med. Assoc., 1925, pag. 1769.
OKA M. Fortschr. Roentgenstr., vol. 40, pag. 497, 1929.
PAFFENHOLTZ e SCHUMEYER. Klin. Woch., pag. 2076, 1931.
POPPER e KLEIN. Münch. med. Woch., pag. 1829, 1931.
POPPER e SCHOLL. Wien. Klin. Woch., n. 12, 1932.
RADT P. Mediz. Klin. n. 45, 1692, 1930; Ibid., n. 51, 1888, 1930; Klin. Woch., n. 46, 1929; Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. Wiesbaden, 1931.
RANDERATH E. Klin. Woch., gennaio 1932.
RANDERATH e SCHLESINGER. Z. exper. Med., 80, H. 1/2, 1932.
SCANSONI e NAEGELI. Deut. Zeit. f. Chir., fasc. 1, 7, 1931.
SCHILLING. Röntgenpraxis, n. 11, 492, 1931.
TARTAGLI. Riv. Radiol. e Fisica Medica, vol. V, 1931.
VOLICER. Fort. a. d. G. Roentg., ottobre 1931.
WEISER. Ges. d. Arzte in Wien, Sitzg. P, 23 gennaio 1931; Wiener mediz. Woch., n. 5, 1931; Wiener klin. Woch., n. 27, 1931.

NOTE E CONTRIBUTI.

Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia
diretta dal Sen. Prof. D. GIORDANO.

Ricerche sul potere analgesico di un nuovo anestetico cutaneo.

Dott. CORSO CICERI e dott. SESTILIO GABRIELLI, assistenti.

L'anestetico cutaneo che porta più brevemente il nome di *Ancut* fu da noi largamente sperimentato tanto in casi di piccola chirurgia che in altri nei quali fu necessaria una anestesia cutanea. La nostra esperienza comprende così oltre 200 osservazioni nelle quali l'*Ancut* venne adoperato sia solo che associato ad altri anestetici (Mass, alipina, percaina, ecc.).

Riguardo al modo d'applicazione di tale preparato abbiamo studiato come si potesse trarne il miglior rendimento; ed abbiamo pertanto nei primi 20 casi variato le modalità d'applicazione, la quantità d'anestetico usato, il tempo d'attesa tra l'applicazione e l'intervento e controllata la durata dell'analgesia.

Senza riferire dettagliatamente queste nostre ricerche possiamo esporre i risultati che riguardano il miglior uso dell'anestetico. A tale modo d'applicazione ci siamo infatti in seguito attenuti negli altri 180 casi.

L'Ancut deve essere usato bagnando una superficie che oltrepassi largamente i limiti dell'incisione. Non si deve applicare l'anestetico a mezzo di un batuffolo ma esso deve essere versato direttamente sulla parte e non deve essere asciugato, ma al contrario è utile che evapori liberamente senza che al di sopra di esso vengano poste sostanze che rendano difficile l'evaporazione (garza, guttaperca).

Qualora si debba intervenire su regioni nelle quali la cute si presenti particolarmente spessa abbiamo trovato utile, prima di versare l'anestetico, soffregare con un batuffolo imbevuto di Ancut la parte da incidere. La nostra esperienza ci consiglia ancora di attendere che l'anestetico sia quasi completamente asciugato prima d'iniziare l'intervento e cioè per un tempo che varia da uno a due minuti primi. Solo in tale modo può esplicarsi completamente l'azione dell'anestetico la quale è dovuta secondo il nostro modo di vedere sia ad un fattore ischemico, avvalorato dal raffreddamento prodotto dall'evaporazione, sia all'azione propria dei picrati e dei fenati anestetici sulle terminazioni sensitive

Usando in tal modo l'Ancut si ottiene una anestesia che dura circa sette minuti primi e che, quando l'intervento lo renda necessario, è rapidamente rinnovabile versando senza alcun danno per i tessuti, nuovo anestetico sulle superfici d'incisione.

L'azione di questo preparato si estende, usandolo sulla superficie cutanea e sulle mucose, a mezzo centimetro circa in profondità ed a tale riguardo crediamo opportuno aggiungere che osservando in sezione i tessuti incisi è appunto sino a tale limite che si nota una spiccata ischemia dei tessuti che permane circa quanto dura l'anestesia.

L'Ancut, come del resto anche il cloruro d'etile, è un composto chimico infiammabile e deve essere quindi tenuto lontano da ogni sorgente incandescente e non può essere usato in cauterizzazioni o in diatermocoagulazioni.

Questo nuovo anestetico risparmia inoltre il tempo della preparazione del campo operatorio perchè compie la disinfezione del medesimo allo stesso modo della tintura d'iodio e dell'alcool picrico. Tale potere antisettico è dovuto all'azione dei picrati e dei fenati ed all'etere stesso che lo compongono. E che tale potere antisettico sia reale oltre le opportune ricerche sperimentali preventive lo confermano tutti gli interventi di chirurgia asettica nei quali mai abbiamo avuto alcuna suppurazione nè tanto meno alcuna necrosi dei tessuti coi quali l'Ancut venne a contatto. Tale anestetico ha ancora un altro vantaggio su tutti i preparati che provocano l'analgesia unicamente per mezzo del freddo: non determina dolore iniziale, non indurisce i tessuti ed in tal modo si eliminano parecchi non trascurabili inconvenienti. Infatti non si perdono i limiti delle alterazioni patologiche, specie degli ascessi, ove usando il cloruro d'etile ogni zona viene indurita al medesimo modo e scompare il senso della fluttuazione. Inoltre poichè i tessuti non aumentano la loro resistenza l'incisione riesce assai più agevole, non si perde il senso della profondità della medesima e si evita, specie nei processi infiammatori, di dover esercitare durante l'incisione e nello sbrigliamento una notevole pressione che come sappiamo è proprio quella che provoca vivo dolore.

L'Ancut offre quindi dei reali vantaggi perchè è un antisettico, perchè inoltre col suo colore giallo delimita bene la zona con esso trattata e perchè è un analgesico. Quando si dice analgesia siamo sempre nel vasto e soggettivo campo della sensibilità la quale varia da caso a caso, così che la valutazione delle pro-

prietà anestetiche di un preparato riesce in pratica assai difficile. Infatti, accanto a soggetti che gridano prima e durante l'intervento e che alla fine del medesimo affermano di non aver provato alcun dolore vi hanno soggetti, specie i vecchi e gli alcoolisti, che hanno una sensibilità dolorifica assai attutita. La nostra pratica con l'Ancut rese necessario quindi un continuo lavoro di osservazione ed un accurato discernimento di fatti. Abbiamo cercato di controllare la sensibilità dolorifica attenendoci alla reazione pupillare ed alle variazioni della pressione arteriosa che in un nostro precedente lavoro abbiamo visto, almeno all'inizio, aumentare sotto lo stimolo del dolore.

Il nostro giudizio si riferisce quindi a quanto abbiamo in tal modo potuto constatare ed a quanto siamo andati accertando con un accurato racconto del paziente medesimo. Abbiamo ancora, in quei soggetti nei quali fu necessario intervenire più volte, praticato in più riprese i diversi metodi d'anestesia ed in tal modo ci siamo persuasi che l'Ancut, a parità di condizioni, offre il medesimo grado d'anestesia del cloruro d'etile.

I casi da noi trattati sommano come abbiamo detto a 200. Sei volte abbiamo usato l'Ancut associato ad altri anestetici e precisamente in tre individui venne praticata una tiroidectomia per gozzo esoftalmico in anestesia locale alipinica previa iniezione di eucodale e papaverina.

Immediatamente prima dell'intervento il campo venne largamente asperso con l'Ancut. L'intervento fu sopportato senza alcuna sofferenza da parte dei pazienti che affermarono di non aver avvertito l'incisione cutanea. In una donna gravida al II mese con tubercolosi polmonare e pneumotorace terapeutico sinistro, si procedette ad una nefrectomia per tubercolosi renale avendo praticato precedentemente una iniezione di Mass. ed una iniezione paravertebrale con alipina ed una locale profonda con chinino ed urea. La cute venne aspersa con l'Ancut e l'incisione della medesima non venne affatto avvertita dalla paziente. In un altro caso previa iniezione di Mass si intervenne per occlusione da torsione di ansa del tenue, praticando una incisione sottombelicale mediana avendo bagnata la regione con l'Ancut. L'incisione cutanea fu del tutto indolore anche in questo caso, e perdurava anche 7 minuti primi dopo l'incisione.

Nell'ultimo di questi casi l'Ancut venne usato previa iniezione di Mass in un peritonitico da perforazione in condizioni gravissime: il malato si lamentò solo durante l'incisione del peritoneo.

L'Ancut venne poi usato 42 volte in casi di chirurgia asettica senza preparare l'operando con altri preparati anestetici. Abbiamo così in 8 individui praticata l'asportazione di cisti sebacee del cuoio capelluto e della faccia anche quando in alcuni soggetti esse erano multiple. Gli operati accusarono in genere poco dolore: anzi in un caso in cui una cisti non venne trattata con anestetico, mentre l'asportazione delle altre cisti riuscì indolore l'incisione su quest'ultima fu assai dolorosa.

In una ragazza di 28 anni in condizioni assai gravi venne praticata una craniotomia bitemporale per ferita d'arma da fuoco al capo.

L'intervento praticato con l'Ancut ebbe la durata di sei minuti e fu poco avvertito dall'operata che continuò a lamentarsi senza però dimostrare un notevole aumento del dolore.

In 48 individui vennero praticate suture cutanee per ferite talora assai estese, situate per lo più alle mani ed alla faccia. Meno che in cinque casi, la sutura non provocò vivo dolore.

In 14 casi abbiamo eseguito suture tendinee per profonde ferite della mano o del piede. In questi soggetti, nei quali si dovette procedere allo sbrigliamento della ferita per la ricerca dei capi tendinei recisi, il dolore venne generalmente attutito notevolmente dall'Ancut.

Abbiamo ancora usato l'Ancut in un caso di fistola cecale residuata da appendicite acuta operata altrove, nella quale venne eseguita una plastica della parete addominale ed in un caso di fistola residuata dopo trapianto della mucosa del trigono vescicale nel retto in una bambina affetta da estrofia della vescica, sempre con risultato discreto. In tali casi abbiamo potuto osservare che l'azione dell'anestetico sulle superfici prive di epitelio è più pronta e più efficace. Così in un caso vennero asportate alcune schegge metalliche confitte nella mano ed in un altro individuo affetto da ernia strozzata si eseguì una sutura secondaria della parete addominale non essendosi stimato prudente per le condizioni dell'ansa, di procedere in un primo tempo alla cura radicale.

Negli altri 152 casi si trattava esclusivamente di chirurgia settica. Queste osservazioni comprendono individui di sesso diverso e di età che varia dai nove ai 72 anni. Questi dati, come anche la sede, l'estensione e la gravità delle lesioni hanno una notevole importanza nei riguardi del giudizio che si può dare sull'azione analgesica dell'Ancut. Nei bambini e nelle donne naturalmente il dolore provato ap-

parve maggiore avendo una notevole influenza il fattore psichico del quale bisogna tenere sempre conto.

In generale le incisioni praticate per ascessi, flemmoni sopraioidei, laterocervicali, sottomandibolari provocarono poco dolore se si eccettuino i casi di flemmoni profondi ed estesi in cui necessitava un ampio sbrigliamento. Così anche le incisioni praticate agli arti inferiori non furono dolorose; in due casi venne anche eseguita una artrotomia dell'articolazione del ginocchio per artrite purulenta e gli operati dimostrarono scarsa sofferenza, quantunque in un caso si trattasse di un bimbo di 12 anni.

Generalmente più dolorose furono le incisioni praticate in corrispondenza delle dita della mano, particolarmente se tali incisioni erano ampie e profonde: come più dolorose si dimostrarono anche le incisioni praticate per mastiti. Nei flemmoni perineoscrotali, negli ascessi perianali, nelle bartoliniti, nelle adeniti inguinali ed ascellari il trattamento chirurgico fu pressochè indolore.

Crediamo pertanto con queste nostre osservazioni di poter concludere che l'Ancut usato secondo le particolari modalità già esposte, può dare una analgesia cutanea pari e talora superiore a quella del cloruro d'etile presentando inoltre su questo alcuni vantaggi, quali la maggiore semplicità d'applicazione, la possibilità di anestetizzare anche una vasta superficie, la maggiore durata dell'anestesia, il potere sterilizzante e sopratutto la mancanza di dolore iniziale e di quell'indurimento della superficie da incidere che il cloruro d'etile provoca.

RIASSUNTO.

Gli AA. sperimentarono in più di 200 casi l'*Ancut* (Zambeletti) il quale diede costantemente una buona analgesia cutanea presentando dei vantaggi sul cloruro d'etile.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

(Ospedale Serbelloni del Circolo di Gorgonzola (Milano).
Direttore: Dott. CARLO ARRIGONI, prim. chir.

Tumore del rene precocemente diagnosticato

per il dott. LUIGI DE BERNARDI, assistente.

I tumori del rene, per quanto riguarda l'adulto, costituiscono sempre un reperto relativamente raro di fronte ai tumori del resto dell'organismo; d'altra parte l'origine dei tumori epiteliali del rene costituisce sempre una vera « vexata quaestio ». Per questo credo interessante illustrare clinicamente un caso appunto di neoplasia renale appartenente alla statistica del mio primario dott. Carlo Arrigoni.

B. C., di anni 18, filatrice, da Gessate.

Entra in Ospedale il 23 luglio 1930. Nulla di notevole nell'anamnesi remota dell'ammalata. Il padre morì per ferita di guerra, la madre è vivente e sana, un fratello è pure vivente e sano. L'ammalata ricorda di avere avvertito 15 giorni fa circa, dei dolori vaghi all'addome, più intensi pare alla metà destra, dolori che vennero da lei attribuiti ad un comune imbarazzo intestinale e che scomparvero spontaneamente senza alcuna cura speciale. La mattina del 23, giorno di ricovero i dolori ricomparvero senza alcuna causa apprezzabile, questa volta nettamente localizzati alla metà destra dell'addome, accompagnati da vomito alimentare e da ematuria intensa che si ripetè due volte durante la giornata, sempre perdurando i dolori vivissimi all'addome.

All'entrata in Ospedale l'ammalata si mostra come ragazza di costituzione normale, in buono stato di nutrizione e di sanguificazione. Nessun rilievo degno di nota all'esame generale. L'ammalata decombe supina con tendenza alla flessione della coscia destra sul bacino, accusa dolenzia continua alla metà destra dell'addome che diviene dolore intenso alla palpazione dell'ipocondrio e della regione lombare di destra, risvegliandosi così netta difesa della parete che non permette alcun rilievo profondo. Dolente il punto di Bazy. Esiste netta irradiazione del dolore lungo il decorso ureterale.

L'ammalata è apirettica: si raccolgono le urine che vengono emesse senza alcuna difficoltà e senza alcuna esacerbazione dolorosa, e queste si mostrano intensamente ed uniformemente ematiche lasciando dopo poco tempo al fondo del vaso, uno spesso deposito di sangue.

Di fronte al caso il cui interesse e la cui gravità si impongono senz'altro, si decide di tenere in osservazione l'ammalata ordinando l'immobilità a letto, applicando la vescica di ghiaccio alla metà destra dell'addome ed iniettando i soliti coagulanti. Si continua intanto la raccolta dell'urina. Il secondo giorno la paziente ha un lieve rialzo termico nel pomeriggio. Le urine mostrano di contenere sangue in quantità molto minore, i dolori tendono a diminuire. Il terzo giorno le

condizioni migliorano ancora, nel sedimento delle urine macroscopicamente quasi limpide si osserva qualche emazia ben conservata e qualche globulo bianco; negativa la ricerca dei bacilli di Koch. Si pratica un esame completo di esse che dà questo risultato: colore arancione, quasi limpide, densità 1020, tenue velo d'albumina, glucosio, urobilina assenti, ricerca chimica del sangue col Mejer fortemente positiva. L'addome è abbastanza ben trattabile, spontaneamente indolente; permane a destra discreta difesa della parete alla palpazione della quale non è dato di avvertire i reni.

Si pratica allora una radiografia della regione lombare destra previo clistere di pulizia seguito a somministrazione di leggiero purgante. Nel radiogramma appare indistintamente l'ombra renale in sede normale un po' ingrandita, senza traccia in essa di ombre interpretabili come calcoli. Si passa alla cistoscopia che dà questo risultato: Vescica di capacità normale, mucosa normale nell'insieme, con zona di iperemia attorno allo sbocco ureterale destro, il quale è occupato da un coagulo che da esso protrude pendendo in vescica. Lo sbocco ureterale sinistro è normale e da esso si ha mitto regolare, cosa che non si verifica a destra. Si infilano due sonde piombate nei due ureteri; a sinistra la sonda risale senza alcuna difficoltà e da essa si raccoglie urina limpida abbondante in tempo relativamente breve, a destra la sonda risale per 10 centimetri e poi si arresta senza che da essa si possa raccogliere urina per quanto si attenda.

Di fronte all'incertezza in cui ci lascia la impossibilità di far proseguire la sonda a destra insieme a quella di poter raccogliere da questo lato l'urina, cosa quest'ultima attribuibile verosimilmente ad un coagulo che ha otturato la sonda, si decide di eseguire la pielografia con iniezione nella sonda della soluzione di joduro di litio al 25 % come si usa comunemente in Ospedale.

La pielografia che si ottiene è di interesse notevole: l'uretere si mostra pervio, il bacinetto il cui colletto è all'altezza dello spazio tra 1° e 2° lombare mostra nell'insieme una ombra irregolare per il protrudere in essa di una zona chiara corrispondente come sede all'unione tra 3° medio e 3° inferiore e inframettentesi tra calice medio e calice inferiore. L'ultima costa nel suo decorso obliquo in basso ed all'esterno interseca il bacinetto e poi l'estremo mediale di detta zona chiara.

L'ammalata sopporta bene la ricerca senza che l'ematuria si ripeta nè nella giornata, nè in quella seguente. Ricompare invece la sera del 27 senza alcuna causa apprezzabile come si era verificato precedentemente o almeno come si era creduto sin qui. E dico « si era creduto » perchè avvertiti i parenti della necessità di intervenire chirurgicamente e della gravità del caso, questi riferirono che l'ammalata 15 giorni prima lavorando come operaia ad un telaio, aveva ricevuto un colpo al fianco destro. Interrogata in proposito la ragazza, essa confermò la versione data poco prima dai parenti, mentre precedentemente non aveva mai fatto cenno di traumi anche se interpellata categoricamente in merito, come era del resto logico di fare davanti ad una ematuria così intensa.

Di fronte a questa affermazione la diagnosi che si era posta di sospetta neoplasia renale si rende maggiormente incerta; ma il segno della ematuria si impone e conseguentemente si decide di intervenire pronti alla nefrectomia consentita dall'attività funzionale del rene sinistro dal quale si era avuta eliminazione di urine macro- e microscopicamente normali.

L'intervento venne eseguito il 28 luglio 1930. Operatore il direttore dell'Ospedale dott. Arrigoni, assistente il dott. De-Bernardi.

In narcosi morfio-eterea, con incisione lombotomica obliqua si apre la loggia renale e si estrinseca il rene destro che appare un po' aumentato di volume ma normale nel suo aspetto. Negativa la ricerca di calcoli attraverso la massa del viscere

Fig. 1.

e le pareti del bacinetto. Lo si spacca lungo il suo margine convesso e allora si nota in corrispondenza del 3° medio, nel tratto di passaggio tra midollare e corticale, una zona interessante l'una e l'altra in cui il parenchima renale è trasformato in un tessuto grigio giallastro di consistenza superiore a quella del parenchima normale, a limiti sfumati. Entro questa zona che colla sua parte più mediale si spinge come un cuneo nel bacinetto, esiste un tratto in cui il tessuto si trasforma in poltaceo, molliccio.

Di fronte a questo reperto la diagnosi di neoplasia renale che si era giustamente sospettata diventa certezza e si decide l'asportazione dell'organo, cosa che si fa rapidamente allacciando il peduncolo vasale in massa con doppio laccio di catgut e pure in catgut allacciando il più in basso possibile l'uretere. Si ricostruisce la parete colla solita tecnica lasciando tre piccoli zaffi di garza nella loggia renale.

Esaminato meglio il rene dopo l'asportazione e senza la preoccupazione dell'emorragia della superficie di sezione, si nota la perfetta corrispondenza tra il reperto macroscopico osservato sulla

superficie di sezione del rene e quello pielografico, interpretando la deformazione dell'ombra del bacinetto da parte della zona chiara che in essa protrude, come dovuta alla massa che sulla superficie di taglio ha l'aspetto neoplastico.

Il decorso post-operativo è dei più normali.

FIG. 2.

L'ammalata lascia l'ospedale perfettamente guarita il 27 agosto 1930. Rivista ad un anno e mezzo di distanza le sue condizioni permangono ottime.

Si asporta un pezzetto della zona degenerata

FIG. 3.

comprendendovi anche del parenchima sano e lo si fissa per esame istologico.

Questo dimostra nelle sezioni una struttura a tipo adeno-papillare; si vedono infatti dei bottoni e dei cordoni pieni, formati da grosse cellule disposte a più strati, le quali si appoggiano ad un esile stelo connettivale in cui trova posto quasi sempre un vaso sanguigno per lo più assai dilatato.

Gli elementi dell'epitelio hanno in genere dimensioni molto grandi ed una forma irregolarmente poligonale allungata, che varia però dallo strato più esterno dove richiama l'immagine di una foglia o di un petalo a larga superficie, agli strati sottostanti nei quali, per la reciproca compressione degli elementi stessi, diventa molto affusata. Il nucleo unico è piuttosto piccolo, eccentrico. L'ampio protoplasma è mal colorabile, estesamente vacuolizzato soprattutto nella zona perinucleare. Questo particolare modo di presentarsi concorre almeno in parte a dare maggior rilievo ai contorni cellulari i quali già per se stessi appaiono così marcati e quasi rigidi come se esistesse una membrana simile a quella delle cellule vegetali. Qua e là tanto nel tessuto neoplastico quanto nelle zone confinanti del parenchima renale si notano piccole emorragie o veri stravasi sanguigni più o meno ampi. Si incontrano numerosi macrofagi carichi di pigmento ematico. Il rimanente tessuto renale non presenta alterazioni degne di rilievo fatta eccezione di qualche piccolo focolaio interstiziale di infiltrazione parvicellulare.

Nel complesso, come risulta dall'unita microfotografia, ci sembra che il quadro istologico osservato corrisponda con sufficiente evidenza a quello che da molti Autori viene descritto come proprio di quel tipo di neoplasie a sede prevalentemente surrenale e renale che vanno sotto il nome di ipernefromi o tumori di Grawitz.

Qualche parola ora di commento al caso clinico.

La nostra ammalata fu ricoverata con e per un sintomo di capitale importanza: *l'ematuria*, che noi con un semplice esame del modo come le urine venivano emesse e con un esame di queste globalmente, potemmo definire come ematuria totale, e fu il fatto di essere il sangue commisto intimamente all'urina dall'inizio alla fine della minzione, l'altro fatto di avvenire questa ultima con assoluto silenzio di ogni sintoma da parte della vescica, che insieme ad un terzo fattore: la localizzazione del dolore in sede renale, ci fecero pensare genericamente parlando, ad una lesione del rene.

La cistoscopia ci confermò in questa nostra veduta colla presenza di un coagulo occupante lo sbocco ureterale destro, mentre una radiografia della regione lombare corrispondente ci permise di escludere la presenza di un calcolo del rene o del bacinetto al quale la emorragia si sarebbe dovuta imputare. È ben vero a proposito di calcoli renali che, pure essendo questi nella grande maggioranza dei casi opachi ai raggi X, lo sono in grado diverso a seconda della loro composizione chimica, della loro compattezza e del loro volume sino ad arrivare, dai calcoli di fosfato tricalcico perfettamente opachi, ai calcoli, del resto rarissimi, di cistina e xantina perfettamente trasparenti.

Ma a questo proposito ci venne in aiuto la pielografia la quale da un lato ci confermò la assenza del calcolo e, d'altro lato ci mise di fronte all'impronta di un bacinetto non regolare per una deformazione sulla quale si è fissata in particolare modo la nostra attenzione.

Legueu e Truchot in una recente monografia: « La Pyélografie dans le cancer du rein » passando in rassegna le deformazioni più frequenti e più tipiche delle cavità del rene affetto da neoplasia, le suddividono partendo da quelle più pronunciate e venendo a quelle minime in quattro gruppi. In un gruppo di queste deformazioni, stanno le così dette « *immagini lacunari* » distinte in *centrali* e *marginali*. A questo gruppo appunto appartiene il caso nostro e più precisamente al sottogruppo delle immagini lacunari marginali, « conseguenza dello sviluppo di un tumore parenchimatoso, che o respinge semplicemente uno o due elementi dell'imagine pielica conservando ciò nonostante la regolarità della parete, oppure si distende leggermente per infiltrazione sui bordi di uno degli elementi del bacinetto di cui la parete irregolare presenta un'immagine tipica ».

Per quanto riguarda poi il sedimento dell'urina, noi, pure trovando qualche globulo bianco, potemmo dimostrare l'assenza di pus e l'assenza di bacilli di Koch, fatti che a parte l'anamnesi perfettamente silente per una forma tubercolare del rene, ed a parte il fatto di trovarci di fronte ad un soggetto in cui la tubercolosi non poteva neppure lontanamente essere sospettata, ci permisero di escludere questa forma specifica.

Ora, di fronte ad una ematuria totale, spontanea ed insidiosa, intermittente ad abbondante, ai caratteri del dolore ben diverso da quello descritto, anche se mancava l'aumento spiccato di volume dell'organo, segno che si verifica nel 90 % dei casi di tumore, il pensare ad una neoplasia renale era perfettamente logico. All'ultimo momento però l'affermazione dei parenti prima e della paziente poi, di un trauma subito, ci mise di fronte ad un altro fattore che poteva benissimo renderci ragione del complesso dei sintomi descritti e primo fra tutti l'ematuria. Ad ogni modo anche nel caso che la nostra prima diagnosi fosse stata errata e si fosse trattato invece di una rottura del rene parziale traumatica, l'intervento si imponeva ugualmente per l'emorragia ripetentesi con caratteri di gravità e che ci portava al di là di quel periodo di terapia aspettante che pure si impone in un buon numero di traumi del rene.

Non volendo entrare profondamente nello studio dell'argomento, poichè esulerebbe dai fini del presente lavoro, ci limiteremo a ricordare che sulla interpretazione e sulla classificazione di questi tumori esiste tuttora una grande disparità di vedute fra gli Autori. Mentre infatti da alcuni si ritiene che essi abbiano origine da germi aberranti di tessuto surrenale e per questo vengono chiamati ipernefromi; da altri sono invece interpretati come formazioni neoplastiche a tipo adenomatoso del tessuto proprio del rene e perciò definiti come adeno-carcinomi.

Ammessa come rispondente a verità l'affermazione del trauma, — cosa già molto discutibile per l'amnesia in proposito della persona che più era interessata a ricordare e che d'altra parte si mostrò sempre di intelligenza sveglia, — e riscontrato al tavolo operativo un tumore, resterebbe aperto il campo al rinnovarsi di una delle tante discussioni circa il rapporto tra traumi e tumori, argomento che, per l'interesse speciale assunto di fronte alle leggi sull'infortunistica, è stato in questi ultimi anni oggetto di dibattiti seguiti sempre dalle più discordi conclusioni. Tutt'al più nel nostro caso si potrebbe ritenere che il trauma possa avere agito come semplice fatto meccanico diretto a svelare quello che già precedentemente esisteva, e si potrebbe aggiungere che, se il trauma si è realmente verificato, è stato a tutto vantaggio dell'ammalata inquantochè ha svelato una forma morbosa che altrimenti sarebbe decorsa latente per altro tempo, a scapito naturalmente dei risultati dell'atto operativo.

Concludendo, risulta chiaro come nel caso nostro si sia posta una diagnosi precoce di tumore del rene, e come per arrivare a tale diagnosi ci sia stato di grandissimo aiuto la pielografia, la quale se non ha che un interesse relativo negli stadi avanzati di sviluppo dei tumori renali, ne acquista invece uno grandissimo negli stadi iniziali, quando appunto sono migliori i risultati dell'intervento chirurgico.

(L'esame istologico venne gentilmente eseguito dal dott. Luigi Bianchi dell'Istituto C. Golgi della R. Università di Pavia, diretto dal prof. Emilio Veratti).

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di neoplasia renale diagnosticata precocemente e precocemente trattata coll'asportazione del rene, con risultato di guarigione che dura a distanza di più di un anno. Si mette in evidenza l'importanza che nel caso descritto ha avuto la ricerca pielografica.

Policlinico G. B. Morgagni in Roma - II Rep. Chirurgia.

Calcolo vescicale da corpo estraneo di provenienza insolita, simulante un papilloma.

Dott. UGO BANI.

Corpi estranei in vescica ne sono stati trovati di ogni genere, specie nella vescica femminile, dalla consueta forcinella, alla resta di grano, alla cannula ecc., e sono in genere ben tollerati (vi sono perfino i casi di Pastereau, 10 anni; Steniz, 17 anni!!), fino a che su di essi non si depositano dei sali e formano dei calcoli più o meno voluminosi.

Il caso capitato alla mia osservazione esce un po' dall'ordinario e merita di essere riportato.

Una signora A. S. di anni 28, mi viene inviata nell'agosto 1931 dal suo medico perchè esegua una cistoscopia, avendo essa dolori alla vescica ed ematurie intermittenti da circa sei mesi. Detta signora un anno e mezzo prima era stata operata in altra città di isteropessi pelvica alla Pestalozza con accorciamento dei legamenti. Tale operazione, come pure una dilatazione del collo dell'utero era stata consigliata per ovviare ad una sterilità persistente dopo tre anni di matrimonio. A detta della malata i disturbi della minzione, consistenti in dolori vescicali continui ed in tenesmo, incominciarono subito dopo l'atto operativo, e divenivano maggiori nel periodo mestruale.

Sei mesi or sono ebbe una prima ematuria, ematuria a carattere totale.

L'ematuria saltuaria, capricciosa, più o meno abbondante, si è ripetuta più volte, mentre persistevano gli altri disturbi e compariva un dolore nella regione sovrapubica, dolore spontaneo e provocabile. Dopo pochi giorni dalla prima ematuria, fu vista da un urologo di altra città che eseguì una cistoscopia con esito negativo.

La malata si presentò a me agitata, impressionata dei suoi disturbi, e così insistente nel volerli mettere in rapporto con la pregressa operazione da ingenerare il dubbio che anche l'elemento psichico influisse sulla fenomenologia.

L'esame obbiettivo però mi rivelò subito che esisteva in realtà un punto dolente al di sopra del pube, e dolenzia anche maggiore in quel punto si provocava con l'esame bimanuale ginecologico, che del resto non rilevava nulla di anormale negli organi genitali.

L'esame cistoscopico dimostrò la presenza di un corpicciolo rotondeggiante, del volume di una ciliegia, nettamente peduncolato, anzi con peduncolo lungo e sottile, in parte incrostato ed in parte ricoperto di muco e di zone emorragiche.

Sulla base, in tutta vicinanza del peduncolo, la mucosa vescicale era edematosa e con chiazze emorragiche. Tale corpicciolo era esattamente sulla cupola vescicale (ore 12 del quadrante).

Feci diagnosi di papilloma della vescica e proposi la folgorazione del tumore a vescica chiusa.

Dopo tre giorni, in rachianestesia, eseguii la folgorazione. Attaccando la base del peduncolo, dopo aver distrutto le parti superficiali di esso, ebbi la meraviglia di vedere che esso peduncolo era costituito da un corpo fortemente rifrangente, che si approfondiva nella mucosa vescicale, che attorno ad esso era ulcerata e ricoperta di muco. In un primo momento ebbi l'impressione che fosse un pezzo di ago, impressione che modificai, vedendo che era troppo flessibile. Non insistetti troppo nella folgorazione, perchè, seguendo il presunto peduncolo, mi ero così approfondito nella parete vescicale, che ebbi il timore di perforarla. Il corpicciolo rimase dunque in vescica sostenuto da un esilissimo peduncolo quasi del tutto distaccato.

Tranquillizzai la malata e le dissi che avrei dovuto rivederla dopo una quindicina di giorni, per eseguire se del caso una nuova seduta di folgorazione.

In realtà mi proponevo di rivederla e se mi fossi convinto che fosse stato un corpo estraneo, proveniente dalla parete uterina, avrei proposto un intervento per altra via. Nel frattempo però la malata dopo una nuova piccola ematuria emise il corpicciolo con tutto il peduncolo. (*Vedi cliché*).

L'esame di esso dimostrò che si trattava di un punto di seta grossa (Turner n. 4) il cui nodo formava il corpo del tumoretto e le due anse il peduncolo.

Emesso il corpo estraneo ogni disturbo cessò. Ho riveduta dopo sei mesi l'ammalata che sta ormai bene ed anche l'esame cistoscopico non mi ha rivelato nulla di anormale.

Il caso si presta a brevissime considerazioni. Può accadere che nel corso di un'isteropessi alla Pestalozza la cupola vescicale venga perforata da un punto: più difficile è spiegarsi come il punto stesso siasi rovesciato in modo che il nodo si sia venuto a trovare nella cavità vescicale. Bisogna pensare che la grossa seta abbia ulcerato e la parete vescicale e il tramite di infissione nell'utero, e, che insieme ad un piccolo ascessolino svuotatosi in vescica, si sia affacciato nella cavità vescicale con la sua parte più pesante, il nodo.

Ha dato solo dolori, finchè i sali non lo hanno incrostato ed aumentato di volume, poi anche ematurie. Il corpicciolo estratto era duro come un calcolo qualunque e a margini scabri; data la sua posizione sulla cupola vescicale, quando questa non era distesa, doveva irritare la mucosa e quindi dare ematurie. Evidentemente nella prima cistoscopia dovette

sfuggire perchè ancora piccolo, e solo le successive stratificazioni di sali e di muco lo hanno fatto giungere al volume attuale. Resta l'errore diagnostico: interpretai il corpicciolo come un papilloma ed anche ripensandoci retrospettivamente, i caratteri cistoscopici erano proprio quelli del tumore. Avrei dovuto tenere più conto della anamnesi, ma non credo che anche con ciò avrei ottenuto di più.

RIASSUNTO.

Si descrive il caso di un calcolo formatosi sul nodo di un punto di seta che aveva perforato la cupola vescicale, e che aveva caratteri cistoscopici e clinici di un papilloma.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Le concezioni di Ranke e la sua classificazione in tre stadi della tubercolosi polmonare.

(Ranke. *Presse Méd.*, 3 aprile 1932).

L'A. considera la tubercolosi una malattia ciclica e raggruppa le sue principali manifestazioni in tre stadi, susseguenti caratterizzati dal decorso clinico e da reazioni tissulari ed umorali costanti.

Il primo stadio, da lui chiamato « complesso primario », risulta da un'infezione esogena e localizzata generalmente nel polmone (90/100) ed eccezionalmente in un'altra parte del corpo, come amigdale, trachea, tubo intestinale ecc. A questo focolaio di inoculazione segue sempre una lesione ganglionare corrispondente e poi, nella generalità dei casi, la malattia si arresta. Con la fine di questa prima fase, l'organismo si trova in stato di allergia sclerosante.

Tale prima infezione ganglio-polmonare può subire differenti evoluzioni. *a*) guarire clinicamente ed anatomicamente in breve tempo, ma non batteriologicamente, poichè i bacilli restano vivi in situ, specie nelle linfoglandole, ed ivi possono restare latenti per tutta la vita o riprendere la propria attività in qualsiasi momento. *b*) Invece di sclerosare e guarire, la prima infezione, può estendersi, caseificare, e condurre ad una tisi ulcerosa rapidamente mortale. *c*) Infine, nel decorso di una di queste evoluzioni, i bacilli possono superare la barriera ghiandolare o linfatica e produrre una generalizzazione ematogena.

Secondo stadio: Esso appunto inizia con tale generalizzazione ematogena dei bacilli che si spandono per tutto l'organismo, provocando lesioni locali o generalizzate con speciali caratteri. La varietà delle lesioni di questo secondo stadio è assai grande (tubercolosi osteo-articolari, renali, genitali, intestinali, cutanee e sierose; miliari a piccoli e grandi noduli) ed anche la loro gravità varia entro limiti assai vasti. Dal punto di vista delle reazioni tissulari ed allergiche questo stadio è caratterizzato da una ipersensibilità marcatissima alla tossina tubercolare; sensibilità che poi si attenua ed anche scompare se la malattia tende a sclerosare ed a guarire.

Terzo stadio: Questo è caratterizzato, dal punto di vista delle reazioni allergiche, dalla scomparsa dell'ipersensibilità tossica che è sostituita da uno stato di immunità relativa dei tessuti permettente la localizzazione della lesione, dal suo decorso torpido e per contiguità, e non più per diffusione ematogena, e, nei casi favorevoli, dalla cicatrizzazione fibrosa.

Questo schema di Ranke nella pratica clinica difficilmente si riesce ad individualizzarlo con precisione nei suoi stadi. È necessario riconoscere che esistono delle forme di transazione e miste per cui i diversi stadi si compenetrano più o meno intimamente. Innanzi tutto, occorre stabilire che i tre stadi non si succedono sempre necessariamente, ma che le lesioni di ciascuno di questi possono, sia guarire completamente, sia aggravarsi fino alla morte. Inoltre, dal I stadio si può passare direttamente al III, quando, per esempio, la lesione terziaria è data dal risveglio del focolaio primario, mentre, specie quando la prima infezione passa inosservata è difficile dire se le manifestazioni, spesso assai tardive del II stadio, siano in dipendenza di questa o di una reinfezione esogena. E. Liverani.

Influenza di alcune malattie sulla tubercolosi.

(A. Bacmeister., *Deut. med. Wochens.* 13 maggio 1932).

L'A. esamina l'influenza che diversi stati morbosi possono esercitare sullo stabilirsi e sul decorso della tubercolosi.

È noto da tempo che la *denutrizione*, specialmente l'iponutrizione in albuminoidi e grassi, non soltanto prepara il terreno alla tubercolosi, ma agisce sfavorevolmente durante il suo decorso. Le critiche condizioni alimentari negli anni di guerra hanno dimostrato la verità di questo asserto.

Sono anche da tener presenti le *influenze psichiche* le quali abbassano la resistenza dell'organismo, specialmente i crucci e le depressioni psichiche; il così detto « cuore spezzato » è spesso una forma di tubercolosi che decorre acutamente.

Per quanto riguarda le *malattie generali* è anzitutto a tener presente il fatto che può sembrare strano che *vi sono malattie cachettizzanti, le quali non hanno affatto influenza sfavorevole sulla tubercolosi;* valga questo,

per es., per l'*anemia perniciosa;* anche la coesistenza di tubercolosi e cancro è un'evenienza piuttosto rara.

È una vecchia nozione clinica che tutti i processi morbosi che decorrono con la stasi nel piccolo circolo costituiscano una specie di protezione contro la tubercolosi; così la tubercolosi polmonare è rara nei *vizi mitralici* mentre invece la *stenosi polmonare congenita* predispone alla tubercolosi. Gli ostacoli meccanici nel torace possono favorire la tubercolosi, come accade, p. es., per le gibbosità di lieve grado; per gli incurvamenti gravi e per le forti cifoscoliosi, invece, entra nuovamente in scena la stasi nel piccolo circolo ed una relativa resistenza alla tubercolosi.

Di grande importanza è la contemporenea presenza di altre infezioni, specialmente di quelle miste. Molte forme infiammatorie che si hanno nei polmoni tisici, particolarmente nei processi essudativi e caseosi, sono dovute essenzialmente ad iniezioni miste con streptococchi; l'importanza di queste non va però esagerata. Un fattore di notevole aggravamento per la tubercolosi è la *bronchite cronica.*

Le nuove ricerche hanno messo in dubbio la grande importanza che si è sempre attribuita al *morbillo* ed alla *pertosse* come attivatori di tubercolosi. Molti pediatri la negano, sebbene in diversi casi, l'A. abbia potuto comprovarla.

La *bronchite discendente acuta* costituisce un grave pericolo per ogni tubercolosi in stato progressivo od anche latente. In moltisismi casi, il raffreddore o l'influenza costituiscono un importante momento causale anamnestico. La maggior parte delle così dette *influenze* che costituiscono l'inizio di una tubercolosi sono delle infezioni catarrali da raffreddamento, per lo più occasionate da pneumococchi, ma spesso non si tratta che di un vero attacco essudativo specifico, che può essere determinato da vari fattori esogeni od endogeni. Ad ogni modo, è necessario che gli individui tubercolosi, al primo accenno di febbre, durante i periodi influenzali, si mettano a letto e vengano opportunamente curati; è questo il modo migliore di evitare complicazioni anche gravi.

Importanti sono i rapporti con la *sifilide*, non nel senso che la sifilide, congenita od acquisita predisponga alla tubercolosi. Abbastanza rara è anche la combinazione della *obesità*, specialmente congenita. Poco desiderabile è l'*ingrassamento da alimentazione* nei tubercolosi, che affatica cuore e polmoni ed abbassa la resistenza.

Grande significato ha il *diabete* che l'A. ha trovato nel 2 % unito alla tubercolosi; altri autori hanno trovato la combinazione delle due malattie in proporzioni diverse, dal 3 al 15 %; alle autopsie, si troverebbe fino al 40-50 per cento di tubercolosi nei diabetici. Generalmente il diabete costituisce la malattia primaria. Di esso va tenuto conto anche per gli eventuali interventi chirurgici.

Per quanto riguarda il polmone da polveri, è un fatto che le classi le quali esercitano mestieri polverosi hanno una maggiore morbosità tubercolare; specialmente pericoloso è il contenuto delle polveri in acido silicico.

fil.

Linfogranulomatosi maligna e tubercolosi.

(BEZANÇON, WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY e DELARUE. *La Presse Médicale*, 30 apr. 1932).

Nella discussa e controversa questione dei rapporti fra linfogranuloma maligno e tubercolosi gli AA. portano il contributo dello studio minuzioso di sei casi.

Tre di questi casi non dimostrarono nessuna associazione fra l. m. e tbc.: pur trattandosi di forme clinicamente tipiche di malattia di Sternberg, l'inoculazione nella cavia di prodotti ricavati dalle ghiandole lese fu totalmente negativa in riguardo alla produzione di segni di tubercolosi. Non si riscontrarono reperti di tbc. tipica o atipica; fu negativa la ricerca del bacillo di Koch; non diedero esito le reinoculazioni successive e le prove delle reazioni tubercoliniche.

Negli altri tre casi una relazione fra le due forme morbose esisteva, e sempre con aspetto diverso. Nel primo la forma era clinicamente e istologicamente di l. m. a lunga durata e a localizzazione cervico-axillo-mediastinica: nessun segno clinico di tbc. presentò il malato nemmeno due anni e mezzo dopo il primo esame. Tuttavia le cavie iniettate colle ghiandole biopsizzate morirono rapidamente con lesioni tipicamente tubercolari ricche in bacilli acido-resistenti.

Poco diversa la seconda osservazione: si trattava di una forma a sviluppo più rapido, mortale, in cui i pezzi per le sezioni e le inoculazioni vennero ricavati all'autopsia. Anche qui gli animali iniettati morirono per lesioni caseose multiple.

Più complesso invece il terzo caso. Clinicamente la malattia iniziò con una lesione ossea, giudicata sarcomatosa, della scapola e solo in un secondo tempo si manifestò l'adenopatia diffusa che portò a morte il malato. L'autopsia e lo studio istologico dimostrarono tre tipi di lesioni: da un lato lesioni tipicamente e puramente linfogranulomatose, dall'altro i reperti di una classica tbc. miliare diffusa pluriviscerale e in più dei noduli in cui le forme anatomopatologiche del l. m. e della tbc. erano intimamente intrecciate. Quest'ultimo aspetto era riconoscibile in ispecie in localizzazioni spleniche e pleuriche la cui apparenza macroscopica era tipicamente neoplastica: all'esame istologico erano visibili zone linfogranulomatose e zone caseose con tutte le

forme di passaggio fra le cellule tipo Langhans e le cellule tipo Sternberg.

Gli animali inoculati con questi vari tessuti morirono tutti in breve tempo e fu sempre possibile constatare l'esistenza di lesioni generalizzate tubercolari.

In tre casi su sei fu insomma possibile dimostrare l'intreccio fra l. m. e tbc. Non è però questo un argomento sufficiente per dedurre ed affermare una interdipendenza patogenetica fra tbc. e l. m. La tbc. infatti si sviluppa facilmente in corso di svariate malattie croniche e fra queste particolarmente nelle leucemie e nella malattia di Paltauf-Sternberg. Non è neppure da escludersi l'ipotesi che la lesione ghiandolare della l. m. possa favorire l'attecchimento e la virulentazione del bacillo di Koch che pare esistere in istato di latenza nelle linfoghiandole di soggetti anche sani.

Si è voluto cercare una spiegazione della facilità con cui la tbc. si sviluppa nei linfogranulomatosi invocando l'esistenza di uno stato di particolare anergia, anergia che sarebbe rivelata dalla scomparsa della cutireazione alla tubercolina. Gli AA. non credono di associarsi a questa ipotesi: la assenza della cutireattività si può spiegare solo come una modificazione della reazione cutanea dato che le reazioni intradermiche permangono positive.

Allo stato attuale delle cose nulla parla a favore di un rapporto di causalità fra le due forme morbose: anche nel caso in cui esistevano lesioni anatomiche dei due tipi esse erano sempre nettamente differenziabili e separabili, tanto che non è lecito pensare ad altro che non sia una associazione delle due malattie. La natura tbc. del l. m. si potrebbe dimostrare unicamente colla produzione di lesioni granulomatose a seguito di inoculazioni di soli bacilli di Koch; e questa evenienza finora non si è mai verificata.

M. PISA.

SCHELETRO.

Le calcificazioni intracraniche dal punto di vista roentgenologico.

(E. PIZZOGLIO. *L'Osped. Maggiore*, febbr. 1932).

I tumori cerebrali dal punto di vista roentgendiagnostico possono dividersi in tre gruppi: 1) tumori che danno una immagine positiva; 2) tumori che non danno immagine positiva, ma alterazioni ossee; 3) tumori che non danno segni radiologici.

Al primo gruppo appartiene una lunga serie di alterazioni intracraniche che la radiologia ha reso di facile diagnosi: I meningiomi hanno sede preferenziale in corrispondenza della volta, con iperostosi della medesima, calcificazione ad aspetto omogeneo e contorni abbastanza netti; nei gliomi invece, la calcificazione è meno nettamente localizzata ed è più indistinta. Le calcificazioni della carotide interna danno ombre a forma di ansa o di ferro di cavallo o a strie sfumate, mentre le ossificazioni della dura madre, ed in modo speciale della gran falce, gli osteomi meningei e le calcinosi delle meningi, sono facilmente diagnosticabili con la stereografia.

La calcificazione della pineale, usando l'antidiffusore Potter-Buchy, si trova nel 25 % dei casi.

Le calcificazioni della regione sellare, si dividono in sellari, soprasellari, retrosellari. Quelle sellari sono per lo più da riferirsi a deposito di sali calcarei, secondario a fatti degenerativi della ghiandola, quelle soprasellari sono costituite quasi sempre da un meningioma calcificato, a punto di origine e di attacco in corrispondenza del tubercolo della sella; quelle infine retrosellari possono essere date, secondo Hirtz, da calcificazioni, e della meninge a livello dei legamenti petroclinoidei posteriori, e delle guaine dei vasi retrobasilari, e per ispessimento del tentorio del cervelletto.

Pure l'echinococco, cisti ematiche, e gomme e tubercoli cerebrali, possono eccezionalmente calcificare, sicchè occorre tenerli presenti nell'esame delle calcificazioni intracraniche.

E. LIVERANI.

Lesioni diffuse dello scheletro con decalcificazione in una bambina di due anni.

(R. DUPÉRIÉ e R. BARGUES. *Jour. de Méd. de Bordeaux*, n. 6, 1932).

Gli AA. riferiscono una storia clinica di bambina di circa due anni che presentava cattivo stato generale di nutrizione e deficiente sviluppo somatico, notevolissimo dimagramento, alterazioni scheletriche (fronte olimpica, cranio voluminoso, grande fontanella ancora aperta): parallelamente a ciò disturbi funzionali, impossibilità alla deambulazione; gli arti inferiori sono tenuti in cosidetta posizione ginecologica: la gamba destra presenta diminuita motilità attiva e debole il reflesso rotuleo, in confronto con la gamba sinistra. A carico degli arti superiori si notano notevoli deformità scheletriche dovute a incurvamenti irregolari, ingrossamenti richiamanti l'aspetto dei calli deformi di frattura. Lo scheletro delle mani appare normale. Non esiste alcun segno di tetania. La R. W. è negativa; negativa pure la cutireazione alla tubercolina; l'esame del sangue mostra una spiccata monocitosi; la calcemia è di 11 mgr. %. L'esame radiologico dello scheletro sistematicamente condotto, mostrò: nulla di particolare al cranio, non segni di osteoporosi ai mascellari: aspetto chiaro d'ambo i lati ai due terzi superiore ed inferiore dell'omero; il canale midollare è allargato; si hanno traccie di vecchie fratture malamente consolidate. Le ossa dell'avambraccio sono incurvate o torte sul proprio asse; le estremità diafisarie sono assai chiare e queste zone

chiare sono assai più estese che non nel rachitismo comune di cui mancano anche gli altri caratteri radiologici. Mancano punti di ossificazione epifisaria. Anche agli arti inferiori l'aspetto radiologico è fondamentalmente lo stesso.

Gli AA. credono difficile poter riportare al solo rachitismo il quadro descritto: la mancata chiusura della fontanella e lo scarsissimo sviluppo dentario sono più che altro imputabili allo stato generale di deficiente sviluppo; d'altronde manca il cosidetto rosario rachitico o è appena accennato, come pure l'ipertrofia epifisaria: le estremità diafisarie non dànno radiologicamente il quadro delle deformazioni rachitiche, mentre prevalgono di gran lunga e costituiscono in questo caso la parte essenziale, la decalcificazione e la rarefazione ossea: il carattere generalizzato di queste ultime lesioni parla anche contro la natura tubercolare o luetica della forma in cui le decalcificazioni sogliono figurare piuttosto circoscritte. Nemmeno sembra che questo stato di osteoporosi generalizzata sia riconducibile alla malattia di Lobstein o osteogenesi imperfetta tardiva, per la mancanza di fratture multiple e di estrema fragilità delle ossa: inoltre nel caso in istudio manca la sordità e la colorazione bluastra delle sclerotiche: in comune con la malattia di Lobstein vi è il normale contenuto di calcio nel siero contrastante con l'alto grado di decalcificazione.

L'osteite fibrocistica di Recklinghausen non è abituale nell'infanzia; tuttavia si possono dare casi di morbo cistico anche in bambini assai piccoli: in questo caso poi mancano le tipiche immagini cistiche.

Secondo autori tedeschi e inglesi, l'osteomalacia è una affezione identica al rachitismo e può riscontrarsi anche nell'infanzia: altri autori però ne mettono in evidenza le differenze (assenza di modificazioni diafiso-epifisarie caratteristiche), e autori francesi parlano piuttosto di osteoporosi; anche l'osteomalacia da fame degli Imperi Centrali in tempo di guerra e subito dopo la guerra non dovrebbe essere considerata altro che una osteoporosi da carenza minerale, e in fondo a una tale ipoalimentazione minerale per carenza di calcio gli AA. ricorrono anche per la interpretazione del loro caso. Nel caso specifico infatti l'alimentazione era ridotta a non più di un litro di latte vaccino per giorno: il suo contenuto in calcio è inferiore ai bisogni dell'organismo in crescenza, donde, oltre la ipoalimentazione generale, uno stato di vera carenza minerale e particolarmente calcica e le conseguenti alterazioni del ricambio generale dell'organismo. Ma oltre a ciò va tenuto presente anche qualche altro fattore: e particolarmente il fattore endocrino paratiroideo per la spiegazione della rarefazione ossea: in questi casi si pensa generalmente ad un iperparatiroidismo In questo caso il tasso calcemico (11 mgr. %) è ai limiti superiori della normalità: su questo dato gli AA. si credono autorizzati ad affermare una ipersecrezione paratiroidea: ma occorrono altre indagini: esatto bilancio del calcio, dosaggio della fosfatemia, misura della cronassia, ecc.

Gli AA. intravvedono la possibilità di un intervento chirurgico che sulla base dei dati da loro messi insieme non si sentono ancora autorizzati a proporre definitivamente, preferendo per il momento un regime alimentare adatto, un trattamento con ergosterina irradiata e raggi ultravioletti. CH.

L'importanza dell'edema lontano e della diagnosi segmentaria per il trattamento dell'osteomielite acuta delle vertebre.

(SEHRT. *Zentralbl. f. Chir.*, n. 2, 1932).

L'osteomielite acuta delle vertebre è un'affezione rara e ha un decorso grave (60 % di mortalità). La prognosi varia secondo la localizzazione: meno grave quando il processo morboso colpisce le apofisi spinose e gli archi, assai più grave quando colpisce il corpo vertebrale; perchè nel primo caso la suppurazione può rendersi facilmente manifesta facendosi strada all'esterno, mentre nel secondo non si hanno all'inizio segni clinici chiari e si formano ascessi prevertebrati che possono rompersi nel mediastino posteriore e nella cavità pleurica oppure farsi strada extraduralmente nel canale vertebrale e dar sintomi di compressione. Infine la prognosi dipende dal più o meno rapido dilagare della pioemia che si accompagna sempre a questa forma di osteomielite.

L'A. descrive un caso di osservazione personale in cui la diagnosi fu posta dal 4° all'8° giorno di malattia per la comparsa di disturbi della sensibilità a tipo segmentario e di un edema regionale lontano. Un bambino di 6 anni ammalato di una forma influenzale febbrile presenta dopo 48 ore il quadro di una meningite epidemica: colonna vertebrale rigida, dolente, con apofisi spinosa tutte ugualmente dolenti alla pressione. La puntura spinale praticata al 1° e al 4° giorno diede un liquor povero di elementi cellulari in cui l'esame batteriologico svelò la presenza dello stafilococco aureo. Al 3°-4° giorno, dalla comparsa dei sintomi vertebrali, ipersensibilità cutanea nelle zone corrispondenti ai segmenti D^6, D^7, D^{11}. All'8° giorno lieve edema circoscritto in prossimità della VII-VIII apofisi spinosa a destra e un po' sopra l'articolazione costo-vertebrale.

Radiografia: negativa. Con la diagnosi di ascesso prevertebrale fu praticata una costotrasversectomia liberando il polmone per un certo tratto dai corpi vertebrali e dalla parete costale e tamponando.

Dopo circa 5 ore apertura spontanea di un grosso ascesso e quindi notevole miglioramento delle condizioni generali.

Dal 3° al 4° giorno dopo l'intervento improv-

viso collasso e morte. Autopsia: infarto suppurato del corpo della V e VIII vertebra toracica con grossa sacca ascessuale prevertebrale quasi vuota e con immissione di pus nel canale vertebrale. Piccoli ascessi ematogeni in quasi tutti gli organi.

L'A. dopo aver fatto rilevare che i segni clinici dell'osteomielite acuta del corpo vertebrale sono scarsi e quelli radiologici nulli, insiste sull'importanza dei disturbi della sensibilità a tipo segmentario e dell'edema lontano anche se poco pronunziato e rilevabile solo con certe incidenze di luce. Il suo caso dimostrerebbe infine che, se anche non si apre l'ascesso fin dal principio, la costo-trasversectomia può essere sufficiente perchè permette all'ascesso di farsi strada e aprirsi verso l'esterno.

G. PACETTO.

Gibbo da tetano.

(S. CIACCIA. *Chir. org. mov.*, n. 6, 1931).

L'A. ne riporta due casi, essendo una affezione rara (16 i casi finora osservati).

In uno dei pazienti, di anni 37, il gibbo si manifestò 2 mesi dopo l'inizio del tetano, a tipo di cifosi dorsale a curva ampia, con ravvicinamento dei corpi vertebrali all'es. radiografico, e senza lesioni ossee apprezzabili. Non si ottenne alcun risultato a mezzo delle cure fisiche.

Nel secondo, di anni 15, verso la convalescenza di un tetano ad andamento cronico compare gibbo dorsale, ad ampia curva, con segni di schiacciamento del corpo della 4ª, 5ª, 6ª dorsale alla radiografia.

Curato con trapianto di stecca ossea autoplastica secondo Albee, fu dimesso guarito.

Spiega il prodursi del gibbo con la compressione dei corpi vertebrali dorsali esercitata dalla contrattura muscolare. Avanza l'ipotesi che la compressione, giusto la teoria di Leriche, sarebbe causa di iperemia attiva e quindi di rarefazione ossea e di schiacciamento delle vertebre.

Esclude l'origine tubercolare delle lesioni vertebrali in base a dati clinici e anamnestici; riporta i casi di Eberstadt e di Bäcker in cui essendo venuti a morte, si ebbe il reperto necroscopico ed istologico dimostrante la compressione della 3ª, 4ª, 5ª vertebra dorsale, senza alcun focolaio osteitico tubercolare, con rottura di numerose trabecole all'esame istologico.

R. GRASSO.

Costole cervicali.

(KULLMAN. *Archiv médic.-chirurg. de l'appar. respirat.*, 1931, n. 4).

La costola cervicale nella grande maggioranza dei casi si inserisce alla settima vertebra cervicale, ed in genere nella donna. La cupola pleurica risale allora più in alto. Queste settime coste sono in genere bilaterali, variabili dal semplice rudimento alla vera completa costola simile alle dorsali. Si distinguono cinque varietà:

1) coste la cui estremità non sorpassa l'apofisi trasversa;

2) coste che sorpassano l'apofisi trasversa ma con la estremità libera nelle masse muscolari;

3) coste che sorpassano l'apofisi trasversa ma con l'estremo saldato al corpo della prima costa;

4) coste che sorpassano l'apofisi trasversa ma con l'estremo saldato alla cartilagine della prima costa;

5) coste complete e riunite da propria cartilagine allo sterno.

La più rara è la 5, la più comune la 2.

La c. c. contrae rapporti con gli organi che la sovrastano giungendo a comprimerli: plesso brachiale, arteria sottoclavicolare, scaleno anteriore, vena sottoclaveare.

Le grandi c. c. creano uno spazio intercostale supplementare con muscolatura intercostale. Le c. c. provocano la comparsa di sintomi locali e di sintomi regionali.

All'ispezione sollevamento dello spazio sopraclaveare (se la c. raggiunge la parte anteriore della gabbia toracica; se la c. c. è ugualmente lunga sia a d. che a s., il collo prende un aspetto conico). Nelle c. c. sufficientemente lunghe, l'arteria sottoclaveare è obbligata ad un percorso più superficiale ed allora la palpazione fa avvertire la pulsazione di quest'arteria.

Dei sintomi regionali, i nervosi, per compressione del plesso brachiale sono i più precoci ed i più frequenti: se la c.c. è corta essi saranno gli unici.

Essi consistono in disordini della sensibilità (formicolii, dolori spontanei leggeri) e della motilità (ipocinesi delle braccia, atrofia dei piccoli muscoli della mano e specialmente del pollice). I disturbi della sensibilità sono in genere più marcati dei disturbi motori: i territori interessati corrispondono alla C 8ª e D 1ª.

I sintomi circolatori risultano dalla compressione dell'arteria sottoclavicolare. L'arrivo del sangue è ridotto donde disturbi dalla semplice diminuzione della temperatura fino alla gangrena della estremità dell'arto. In genere si osserva un cambiamento di colorazione della cute (pallore, cianosi) una diminuzione della temperatura sia subiettiva che obiettiva, spesso un polso piccolo. La gangrena della mano cui talora si può giungere, sembra sia in rapporto anche con lesioni del simpatico cervicale.

Occorre però dire che il più delle volte la sintomatologia della c. c. è povera. La grande maggioranza delle 775 osservazioni (tante se ne contano finora nel mondo), sono dovute a casuale reperto radiografico, ed allora ricercando, se ne ritrovano dei sintomi im-

percettibili. Per molto tempo si è creduto che la c. c. predisponesse alla tbc.: ma questa impressione non è stata confermata ed è caduta in uno con la teoria della tbc. iniziale apicale.

Ma occorre ben indagare poichè talora si ha una sindrome da c. c. e pur tuttavia la c. c. non esiste. Spesso allora, si tratta di una semplice ipertrofia dell'apofisi trasversa della settima vertebra cervicale, unita con un legamento alla prima costa dorsale donde la compressione delle radici del plesso brachiale. Talora è invece una anomalia della costa che simula la c. c. Così è il caso delle esostosi formanti spesso un ponte fra una costa e l'altra.

Si è giunti perfino ad operare per sospetta c. c. un portatore di grosse e calcificate adenopatie sopraclavicolari.

La c. c. scoperta per caso, senza alcuna sintomatologia, non richiede operazione.

Al contrario se i dolori sono violenti o minaccia la gangrena, si dovrà intervenire con l'ablazione del corpo della c. (la testa e la tuberosità sono difficilmente aggredibili). I risultati sono eccellenti nel 75 % dei casi, non si conoscono decessi, le recidive sono rare. Allorchè i disturbi nervosi e vascolari sono poco intensi, in America ed in Germania si è ricorso alla sezione dello scaleno anteriore per diminuire la pressione esercitata sul plesso brachiale e sulla arteria sotto clavicolare.

Dobbiamo infine ricordare che la presenza in certi individui di una c. c. mostra che i caratteri della nostra specie non sono fissati in modo definitivo, e queste variazioni parlano in favore di uno sviluppo e della possibilità di un ulteriore perfezionamento.

MONTELEONE.

Sulle esostosi sottocalcaneari.

(G. MAZZACUVA. *La chir. org. di movimento*, n. 6, 1932).

L'A., in base a 6 casi osservati e studiati, porta un contributo clinico all'argomento. Nei suoi casi è stato preferito il sesso maschile e l'età media della vita, con una frequenza del 3-4 % mentre altri autori hanno percentuali più elevate. Ricorda le varie teorie etio-patogenetiche; quella di Reclus e Schwartz dello stimolo continuo dovuto alle trazioni dei tendini ed aponeurosi che s'inseriscono sulle tuberosità calcaneari a cui si aggiungerebbe una concausa infettiva luetica o gonococcica; la teoria di Le Dentu per cui queste esostosi sarebbero dovute ad una ossificazione tendineo-muscolare da causa indeterminata. Dice che Ferrari e Morand sostengono la prima dando molta importanza allo stiramento esercitato dalla formazione di piede piatto sulle inserzioni posteriori dei muscoli plantari.

Tre dei suoi pazienti erano blenorragici, ma senza complicazioni articolari. Fa qui osservare come frequentissima sia la blenorragia a differenza delle esostosi calcaneari.

Altri 3 erano portatori di piede piatto ed anche per questi fa lo stesso rilievo. Sottoscrive alla suddivisione in: *esostosi d'origine infettiva* ed *esostosi d'origine non infettiva;* non concorda nell'interpretazione patogenetica di esse in base al loro quadro radiografico, poichè nei casi suoi, in quelli in cui si sospettava l'origine infettiva, mancava la coesistenza di altre esostosi retro o sottocalcaneari o di una reazione periostea diffusa come sostengono gli AA.

Gli sproni calcaneari possono non causare alcun disturbo, ed allora passano inosservati; possono causare dolori calcaneari puntori e trafittivi in posizione eretta che scompaiono col riposo. Sospettati clinicamente, la diagnosi fu fatta con le radiografie.

Operati con buon esito i casi molesti asportando l'esostosi e la borsa mucosa che la contornava.

Ai casi non molesti fu applicato metodo conservativo e se luetici la cura specifica.

R. GRASSO.

Foto- e roentgenterapia nella tubercolosi osteoarticolare.

(GUNTHER HIN. *Med. Welt*, 27 febbraio 1932).

La fototerapia, nella tubercolosi osteo-articolare, è indubbiamente seguita da buoni risultati; trattasi però di un rimedio molto attivo che va dato a dosi giuste e che esige molto tempo.

Assai utile può riuscire la roentgenterapia, fatta con un esatto dosamento e con filtrazione attraverso rame da 0,5 mm. La scelta della dose va fatta secondo il tipo e lo stadio della malattia. Il fungo articolare va irradiato 8-9 volte, ad intervalli di 14 giorni, col 15% di HED ogni volta; se si ottiene diminuzione del gonfiore e tendenza alla guarigione, aumentare a 25-30 % di HED.

Se invece, si ha rammollimento e fusione di una forma chiusa, si daranno piccole dosi e si faranno punture dell'ascesso. Le forme aperte fistolose esigono dosi alte: 40-60% di HED. Fa eccezione la spondilite con ascesso di discesa e formazione di fistola, in cui un iperdosaggio sarebbe pericoloso, perchè si avrebbe la rapida fusione del focolaio, sicchè lo stretto tragitto fistoloso non potrebbe evacuare il pus e si avrebbe una stasi nell'ascesso superiore.

Nella tubercolosi fistolosa, aperta, incominciare con 30% di HED, seguito, dopo 3 settimane dal 40% e, dopo altre 3 dal 50%: pausa di 4-5 settimane e 60-70 % di HED. Se si ha qualche peggioramento (aumento di temperatura), pausa di 6 settimane, ricominciando poi con una dose la metà della precedente.

L'A. attribuisce a questo metodo rapidi successi ed una notevole azione calmante sui dolori.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. e F. KLEMPERER. *Neue deutsche Klinik.* Vol. VI. Un vol. in-8° di 802 pag. con 288 figure, 5 tav. col. e 10 nere. Urban e Schwarzenberg, Berlin.

In questo volume, che va da *Kropf* a *Magen- und Duodenal geschwür* e che continua l'eccellente dizionario di medicina pratica diretto da G. e F. Klemperer, sono trattati argomenti di grande interesse per il medico pratico. Quattro lavori sul fegato: le infiammazioni acute (G. Lepehne) e croniche — cirrosi — (F. Rosenthal), i tumori (Th. Brugsch e H. Horsters), la sifilide (H. Hirschfeld). Altri tre sullo stomaco: i metodi di ricerca (R. Ehrmann e L. Dinkin), l'ulcera gastro-duodenale (H. Kalk) ed il suo trattamento chirurgico H. v. Haberer).

Dei polmoni sono considerate: le infiammazioni (M. Matthes e R. Wigand), l'enfisema (R. Siebeck), i tumori (O. Rostoki). Vasti, più di un centinaio di pagine, sono i due capitoli sulla tubercolosi polmonare, di cui sono trattate la patogenesi e l'anatomia patologica (H. Anders) e la diagnosi e trattamento (F. Klemperer).

Altri argomenti che qui troviamo sono il gozzo (A. Kocher), le paralisi (P. Schuster e H. Pinéas), le ricerche sul liquor (K. Eskuchen) ecc.

Un ricco indice che comprende tutti i volumi pubblicati facilita le ricerche dello studioso. *fil.*

R. BERG. *Le vitamine.* Trad. sintetica di G. SCIACOVELLI. Un vol. in -8° di 177 pag. Stab. tip. Sacra Famiglia, Roma. Prezzo: L. 10 in broch., L. 15 rilegato. Trovasi anche presso la nostra Amministrazione.

L'oscuro problema delle vitamine è studiato a fondo dall'A., sulla base di migliaia di lavori, in una vasta opera, in cui esamina il valore biologico delle albumine, l'importanza delle sostanze minerali e diverse malattie connesse con la carenza di vitamine, fra cui il rachitismo, lo scorbuto, l'edema, la pellagra. Si adotta una classificazione diversa da quella di Funk.

Il prof. Sciacovelli, invece di dare una traduzione integrale dell'opera di Berg, l'ha sintetizzata nei suoi punti più essenziali, in modo che la lettura ne riesce più agevole. *fil.*

F. MÜLLER. — *Physiologische und Klinische Chemie.* Un vol. in-8° di pag. 201 con 100 fig. in nero e a colori e 1 tavola. Lipsia, Fischers Medizinische Buchhandlung, 1931. Prezzo: non rilegato M. 11.70; ril. M. 13.50.

Questo libro espone i metodi tecnici di chimica fisiologica e clinica, nella maniera più semplice, allo scopo di offrire una guida agli studenti ed alle preparatrici di laboratorio. Comprende alcune nozioni tecniche generali (pressione osmotica, crioscopia, viscosità, tensione superficiale, ecc.) e poi una serie di capitoli sulle varie funzioni: speciale rilievo è dato all'esame delle urine e del sangue. Alcune nozioni tecniche sono forse, d'ordine un po' troppo generale, perchè possano essere di qualche utilità: ad es. sulla dimostrazione delle vitamine. Non si deve dimenticare però che il libro ha carattere elementare e sotto questo riguardo risponde bene al suo scopo. È molto copiosamente e bene illustrato. È corredato di un ricco indice per materie. L. V.

E. BÜRGI. *Das Chlorophyll als Pharmakon.* Un vol. in-8° di 84 pag., con 28 curve. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 6.40.

Da qualche tempo, la clorofilla è entrata in terapia, per merito dello stesso A., che nel 1916 la introdusse come ematopoietico e come tonico. Le sue vedute vennero poi confermate da altri e completate con una serie di ricerche fisiologiche e farmacoterapeutiche.

Il presente lavoro è uno studio d'insieme sull'argomento; parte dai rapporti fra clorofilla e sostanza colorante del sangue (ematina ed emocromogeno), studiando l'azione della clorofilla sull'emoglobina e sulla formazione delle emazie, nonchè dei successi terapeutici, che si ottengono con l'uso di essa come emopoietico (aumento di emazie e di piastrine).

Le proprietà toniche della clorofilla vengono investigate su diversi organi e sistemi (cuore, arterie, intestino, utero, muscoli, respirazione, ricambio); essa, fra l'altro, ha anche l'effetto di diminuire la stanchezza nervosa e muscolare e di aumentare il ricambio dell'azoto ed il metabolismo basale.

Le sue applicazioni terapeutiche sono svariate (dimostrandosi utile anche nell'ipertonia), ma si basano sulle proprietà emopoietiche e toniche, per cui trova utile impiego anche negli individui in stato di relativa salute. *fil.*

L. LATTES. *Individuality of the Blood.* Oxford Medical Pubblications, Londra, Humphrey Milford.

Gli studii dell'egregio scienziato italiano su i gruppi sanguigni e sulla loro importanza in biologia, in clinica ed in medicina legale sono ben noti.

Il libro che raccoglie tutto quanto si conosce su l'argomento, al cui sviluppo il Lattes ha portato contributi importanti e decisivi fu pubblicato in Italia nel 1923. Esso fu tradotto in tedesco nel 1925 ed in francese nel 1929.

Ora è la volta della traduzione inglese che si presenta nella veste elegante delle pubblicazioni dell'Università di Oxford.

Come le altre traduzioni anche quella inglese è stata riveduta ed ampliata dal Lattes. Essa ha perciò sull'edizione originale italiana il vantaggio dell'aggiornamento. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 14 luglio 1932.

Sull'ascesso cronico delle ossa.

Dott. P. Bassi. — Dopo aver esposto la patologia dell'ascesso cronico delle ossa, l'O. descrive due casi che ha avuto occasione di osservare; il primo un uomo di 32 anni che nell'aprile del 1930 cadde battendo la parte media della gamba sin. producendosi una contusione escoriata. Circa cinque mesi dopo cominciarono dei dolori in corrispondenza dell'estremo inferiore della tibia e con essi una tumefazione della regione dolente. Dolori e tumefazione andarono sempre più aumentando sinchè alla metà di febbraio del 1931 fu operato.

Interessante in questo caso è il reperto batteriologico del pus e del raschiato della parete ascessuale: furono rinvenuti coesistenti uno stafilococco ed un cocco bacillo, ma mentre nel pus fu lo stafilococco ad assumere uno sviluppo nettamente predominante, le culture eseguite coi materiali della parete ascessuale diedero un intenso sviluppo del cocco-bacillo ed un modico sviluppo dello stafilococco.

Il secondo caso è una giovane di 16 anni. Un anno e mezzo fa cominciò ad avvertire un senso di debolezza all'arto inferiore destro. Poco dopo dolori all'estremo superiore della tibia con irradiazione sino alla metà della coscia e sino a metà della gamba. Le fu diagnosticata una sciatica ed eseguita una radiografia della colonna; fu messa in evidenza una schisi della prima e seconda lombare. Le furono praticate cure antiluetiche con Neo I. C. I., Neo salvarsan, unguento mercuriale e cure diatermiche senza alcun risultato. Una radiografia della tibia dimostrò una cavità nella sua estremità prossimale che venne interpretata di natura luetica per cui le furono praticate, nonostante la negatività di tutte le reazioni diagnostiche per la sifilide nel sangue e nel liquor, nuove cure antisifilitiche. Due mesi dopo una nuova radiografia della tibia dimostrava che le condizioni anatomiche dell'osso erano invariate. Diagnosticato finalmente dal prof. Margarucci un ascesso cronico dell'osso venne da questi operata. L'esame batteriologico ha dato luogo a sviluppo di streptococco viridans in cultura pura. Mentre in un primo tempo non si ebbe lo sviluppo di alcun germe, successivamente si verificò uno sviluppo torpido del viridans che andò sempre più intensificandosi sino a divenire rigoglioso. Dal tamponcino che era stato lasciato nella ferita operatoria e che venne tolto nella prima medicatura si ebbe uno sviluppo rigogliosissimo di streptococco viridans.

La iniezione intracardiaca di adrenalina.

Dott. G. Miranda. — L'O. accenna brevemente ai primi AA. che hanno praticata la terapia cardiaca diretta. Dice che in campo chirurgico si sono avuti molti risultati buoni ed elenca i casi in cui si ha il dovere di praticare la iniezione. (Sincope operatoria e da narcosi; sincope da rachianestesia; choc pleurico e embolo gassoso da pneumotorace artificiale; sincope per iniezione endovenosa; sincope per intensa emorragia; asfissia bianca dei neonati).

Invece nel campo medico i risultati sono stati scarsissimi, per cui avendo egli ottenuto un buon risultato, ha creduto opportuno comunicarlo.

Si tratta di un vecchio che, mentre era a tavola, fu colpito da improvviso malore e trasportato privo di vita all'Ospedale di S. Maria della Consolazione nel giugno del 1931. L'O. dopo aver constatata la mancanza assoluta dei movimenti cardiaci e respiratori, l'assenza dei riflessi oculari, ha praticata una iniezione di adrenalina nel cuore, seguendo la tecnica di Wogt e Szubinscki, e la respirazione artificiale con inalazioni di ossigeno. Dopo pochi minuti il paziente ha cominciato a riprendere e man mano si è ristabilito, tanto da poter lasciare l'ospedale dopo 4 giorni.

Dopo l'O. espone i dati generali circa l'iniezione intracardiaca, parla cioè della natura e quantità del medicamento, della tecnica della indicazione del tempo intercorrente tra la morte apparente e la morte reale che è il tempo utile per praticare l'iniezione, della respirazione artificiale quale elemento coadiuvante della anatomia patologica e della sede di azione dell'adrenalina. Cita una lunga bibliografia di 80 AA. da lui studiati e sui quali si è basato per dettare le indicazioni e le norme della terapia cardiaca diretta.

La sindrome di Klippel e Feil.

Dott. G. Miranda. — L'O. espone la sindrome di K. e F. che è una anomalia congenita del tratto cervicale della colonna vertebrale (diminuzione nel numero, aplasia, fusione delle vertebre, spesso spina bifida posteriore) con alterazioni somatiche: brevità del collo, limitazione dei movimenti della testa, impianto molto basso dei capelli.

Indi ricorda brevemente la storia delle osservazioni di anomalie congenite della colonna vertebrale cervicale, e passa a trattare dei 12 casi, riferiti nella letteratura, di sindrome di K. e F.

Descrive un caso a lui occorso di un feto, di sesso femminile, morto dopo poche ore, che presentava assenza del collo, la testa posta direttamente sul torace e deflessa, con movimenti del collo quasi impossibili e impianto molto basso dei capelli.

Dalla autopsia e dal radiogramma laterale l'O. ha rilevato quanto segue: il tratto cervicale della colonna vertebrale è formato da 7 abbozzi di vertebre, di cui i due primi, fusi insieme, sono lussati in avanti e sono saldati per la loro parte posteriore all'occipitale. Il tratto cervicale in toto ha la forma di una S scritta alla rovescia con la curva superiore a concavità anteriore e una curva inferiore a concavità posteriore, vi è cioè una cifo-lordosi.

Colonna dorsale: alcune apofisi spinose sono saldate all'occipitale che è molto sviluppato nella parte basilare e nelle condiloidee.

Il resto della colonna vertebrale è normale. Il pericardio fa ernia nel collo con una sacca che arriva sotto il pavimento della bocca ed è situata tra le regioni anteriori del collo e i tegumenti, in mezzo ai due muscoli sternocleidomastoidei, molto diastasati. Sia in questa sacca, sia nel pericardio si nota una notevole quantità di liquido, libero e spostabile facilmente. Il cuore è in sede normale e non presenta nulla di anormale, come pure gli altri visceri toracici e addominali.

L'O. passa a considerare la sintomatolgia della sindrome di Klippel e Feil e della diagnosi diffe-

renziale col morbo di Pott sottooccipitale. L'O. mostra ai convenuti le fotografie e i radiogrammi del suo caso.

Morso di vipera e sintomi nervosi.

Dott. U. PERATONER. — L'O. descrive un caso di avvelenamento da morso di vipera e richiama l'attenzione sulla sindrome nervosa consecutiva ed in particolar modo sulla ptosi palpebrale paralitica e sulla paralisi dei muscoli dell'occhio, fenomeni non comuni e da taluni AA. mai osservati, ma la cui conoscenza invece è necessaria ai fini della diagnosi e specialmente della precocità della cura.

Il Segretario: D'AVACK.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 30 giugno 1932.

Presidente: Prof. G. BOERI.

Sulla trasmissione alle piante da frutto di parassiti dannosi ad opera delle mosche.

N. PANE. — L'O. riferisce osservazioni da lui occasionalmente fatte su piante da frutto e precisamente su peschi e meli infestati da afidi, cui si uniscono parassiti microscopici dell'ordine degli ascomiceti (gen. *Exoascus*), producendo una infestione mista. L'O. si occupa dei soli afidi, che possono essere diffusi dalle mosche allo stato di larve piccolissime, di frazioni di millimetro; espone le fasi di sviluppo degli afidi bruni e neri nei tre stadi di uova, larve e parassiti unisessuati immobili succianti i succhi delle foglie e dei germogli, e delle forme di questi ultimi che divengono alate per la diffusione della specie. Espone la causa per cui formiche e mosche vanno alla ricerca degli afidi immobili, per cui questi ultimi sono stati anche chiamati volgarmente vacche delle formiche, e cioè la escrezione di sostanze dolciastre, ricercate dalle mosche le quali numerose svolazzano sulle piante.

L'O. abborda la questione del concorso apportato dalle mosche alla diffusione delle larve degli afidi dalla pianta infestata a piante lontane, e dei rimedi che possono essere messi in opera. Egli ha osservato che, sebbene gli afidi attraversino facilmente un velo (*tulle*) a maglie rotonde del diametro di mm. 2, una pianta quale il melo, avidamente ricercata dagli afidi, può rimanere indenne qualora venga coperta con detto *tulle*, a patto, però, che i lembi di esso vengano legati alla base del fusto e al di sotto venga posto un disco di carta spalmato con vischio per impedire il passaggio di altri insetti. Qualora, invece, si trascuri la legatura alla base, si riscontra l'infestione in meno di venti giorni; un particolare interessante è che in questo caso si osserva la presenza di numerose mosche le quali, penetrate attraverso l'apertura del *tulle*, si raccolgono nella parte alta di esso.

Dagli esperimenti sopra riferiti si può trarre la conclusione che è possibile effettuare nel modo riferito una efficace profilassi della infestione da afidi, diretta anche contro le mosche le quali contribuiscono alla diffusione delle larve. La profilassi a mezzo di *tulle* si applica già in America e nell'isola di Cuba, anche per la difesa delle piante di tabacco di qualità pregiate. Un ostacolo all'adozione del sistema è senza dubbio rappresentato dal costo di esso, ma non è da escludersi che il costo del materiale non possa essere abbassato.

Sull'azione dell'ergotamina.

V. SUSANNA. — L'O. ha studiato su organi isolati e sulla pressione sanguigna di gatto e di cane, usando le dosi e la tecnica di Rothlin, l'azione dell'adrenalina, dopo somministrazione di ergotamina, alcaloide della segala cornuta, ritenuto antagonista dell'adrenalina. Ma mentre Rothlin ha osservato che l'ergotamina inibisce e inverte l'azione dell'adrenalina sull'utero isolato di gatto e sulla pressione sanguigna, l'O. non ha mai ottenuto questi risultati sull'utero e sul cuore isolati di gatto e sulla pressione sanguigna del cane; nel gatto ergotaminizzato invece, a vaghi sezionati e atropinizzati e con la legatura delle carotidi, l'adrenalina ha provocato talvolta lieve e fugace abbassamento della pressione dopo del quale questa è ritornata al livello normale. Per l'O. questa ipotensione non sarebbe dovuta ad azione paralizzante dei meccanismi vasocostrittori, ma ad un riflesso vasale dovuto ai centri vasomotori che rimangono integri nelle indicate condizioni sperimentali.

G. JAPPELLI. — Nota che gli esperimenti sopra riferiti convalidano l'opinione che l'ergotamina come molte altre fra le sostanze ad azione sul sistema simpatico e sul parasimpatico, abbia azione anfotropa, che si esercita, cioè, in un senso o nell'altro secondo la dose, le condizioni sperimentali, lo stato dell'organo periferico sul quale deve agire. È necessario che di questo anfotropismo si tenga conto quando si adoperano tali sostanze a scopo semiologico, diagnostico differenziale o clinico.

A. JAPPELLI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Sedute dei giorni 2 e 9 giugno 1932.

Presidenza: R. TAMBRONI.

Metrorragie gravi dopo espulsione di feti macerati (frequenze e patogenesi).

Prof. C. MERLETTI. — L'O. riferisce 5 casi di metrorragie gravi, dopo espulsione di ovuli macerati, e ne riporta la patogenesi a lesioni sopratutto vasali, per iniziata involuzione puerperale dell'utero, durante il soggiorno dell'ovo morto in cavità.

In base alle attuali ed a precedenti sue ricerche, afferma che la prognosi del parto di feti macerati, deve essere modificata nel senso di un maggiore ottimismo rispetto al pericolo di infezione (essendo molte ipertermie semplicemente un fenomeno di shock emoclasico) e, per contro, di un maggiore riserbo rispetto alla non rara possibilità di metrorragie gravi e pericolose.

Discussione: CASATI EUGENIO, LEO NOBILI, ai quali risponde il MERLETTI.

Dott. G. MURATORI. — *Una rara mostruosità fetale.*

Discussione: RAVENNA UMBERTO.

Dott. E. CHIAPPINI. — *Sopra un caso di Sarcoma idiopatico emorragico del Kaposi* (con presentazione della malata).
Discussione: MERLETTI e E. CASATI.

Dott. M. VERZELLA. — *Presentazione di un caso di distacco retinico, operato col metodo di Gonin.*
Discussione: RAVENNA.

Dott. EMANUELE CASATI. — *Cheratocono famigliare congenito, con amaurosi* (con presentazione del malato).

Due casi notevoli di chirurgia cranica cerebrale. (Considerazioni cliniche e terapeutiche).

Dott. C. LEO. — L'O. illustra due casi di chirurgia craniocerebrale da arma da fuoco, presentando i malati. Svolge alcune considerazioni sull'ernia cerebrale immediata e tardiva, sulla fistola ventricolare, verificatasi in entrambi i casi, sul getto ritmico di liquor attraverso il foro del proiettile. Si sofferma a considerare un accidente febbrile acutissimo, tardivo, osservato in uno dei casi, che simulava una violenta meningite, e che scomparve istantaneamente dopo la resezione dell'ernia cerebrale e l'apertura del ventricolo laterale. Si ritiene soddisfatto del trattamento attivo con drenaggio.
Discussione: TAMBRONI.

Aracnoidite spinale operata.

Proff. BOSCHI, NASSETTI e dott. ZANETTI. — Gli OO. presentano un caso di compressione midollare da aracnoidite spinale, operato.

La fenomenologia clinica si era iniziata con dei dolori alla spalla D. e all'arto superiore D.

In secondo tempo, apparirono delle turbe di sensibilità a livello dei capezzoli e, da ultimo, una paraparesi flaccida con successivi segni piramidali.

Venne diagnosticata compressione midollare in senso lato.

La radiografia, previa iniezione sottooccipitale di lipiodol, aveva dimostrato un arresto frammentato da anello del sale opaco, all'altezza del menisco tra I e II D.

Le prove di Queckensteed e Stokey, invece, erano state completamente negative.

La laminectomia delle II, III, IV, V vertebre dorsali, mise allo scoperto una dura tesa, non pulsante. L'incisione del sacco diede fuoriuscita, e per breve tempo, a un zampillo di liquor, quasi verticale, e di una quindicina di centimetri. Dopo di che fu notata riapparsa di pulsazione della parte.

L'aracnoide formava a livello della II e III vertebre D. delle pseudocisti, che si sono in parte svuotate con l'incisione della dura.

Dopo l'operazione, le condizioni dell'ammalato erano sensibilmente migliorate per più di due mesi. Da qualche giorno, invece, si riscontra peggioramento. Il paziente segue attualmente una energica cura di radioterapia.

Specialmente degna di nota la dissociazione delle prove manometriche sul liquor (Queckensteed e Stokey) e della prova al lipiodol inversa a quella, che le attuali conoscenze diagnostiche, sull'aracnoidite, dànno quasi come sintoma patognomonico.

Discussione: F. RAVENNA, TAMBRONI, E. CASATI, BUCCIARDI; risponde il prof. BOSCHI.

Il blù di metilene nella cura delle dacriocistiti croniche.

Dott. E. CASATI. — Dimostrata la inefficacia delle varie cure mediche in tale affezione, cita una propria statistica di 73 casi trattati con istillazioni di soluzione al ½ % di bleu di metilene.

Ebbe 11 guarigioni, con la totale scomparsa della secrezione purulenta, 4 miglioramenti (fluidificazione della secrezione); 8 casi restarono allo *statu quo;* dei 4 casi con fistole, tre non presentarono alcuna modificazione; in uno si ebbe la chiusura totale del seno fistoloso.

Ritiene, come il Balacco, che l'azione del bleu di metilene si esplichi non soltanto per il suo forte potere disinfettante sulla mucosa del sacco lacrimale, ma anche per la facilità di assorbimento di esso da parte dei tessuti alterati.

Discussione: BUCCIARDI, MINERBI, U. RAVENNA.

Un nuovo segno di focolaio prefrontale.

Prof. G. BOSCHI. — In un caso di probabile pachimeningite a sede prevalentemente frontale, l'O. ha rilevato, fra i sintomi, assai spiccato quello di un'inettitudine nel paziente a convergere il proprio sguardo verso un oggetto di mira, sebbene vi mettesse la propria volontà, e i movimenti oculari in loro stessi non fossero per niente alterati.

Gli occhi guardavano un attimo al sito voluto, poi pareva che l'attenzione in proposito venisse completamente a mancare, mentre il paziente poteva pure attendere ad altre cose.

Ricordando anche nozioni di citoarchitettura, l'O. ritiene che questa inettitudine alla direzione psichica dello sguardo verso un punto voluto, possa considerarsi come un segno di focolaio prefrontale.

Sulla reattività post-puntoria albumino-citologica e simili, nel liquor cefalo-rachidiano normale.

Dott. V. ZANETTI. — L'O. ebbe occasione di praticare, a scopo diagnostico, delle punture lombari in ammalati di mente, che non presentavano segni clinici di alterazioni organiche del sistema nervoso, e nei quali il liquor, ai differenti esami di laboratorio, si era rivelato come normale.

È ammesso che, per eventuali disturbi postpuntorî, sia efficace una seconda puntura lombare con estrazione di poco liquor.

Nei casi, nei quali questa seconda puntura fu praticata, ed in epoca diversa rispetto alla prima, egli tentò di ricercare, mediante un attento esame di laboratorio, le eventuali alterazioni del liquor, nella composizione chimico-citologica.

I mezzi attuali di indagine corrente sono piuttosto grossolani, e fini alterazioni sono difficilmente percettibili.

Delle ricerche, fatte sulla formula citologica, mediante il metodo di colorazione di Ravaut e Boulin, non hanno dato risultati apprezzabili, nemmeno in quei casi, nei quali si riscontrò un aumento sensibile degli elementi figurati del liquor.

La numerazione globale, invece, degli elementi figurati alla cellula di Nageotte avrebbe rivelato un netto aumento di questi elementi, quasi costante, quando la 2ª estrazione di liquor veniva fatta 3 o 4 giorni dopo la prima.

Certi malati furono anche punti una terza volta, otto giorni circa dopo la 2ª estrazione di liquor, e costantemente gli elementi figurati erano ritornati allo stesso numero del primo esame.

L'albumina invece, invariata dopo la 2ª puntura, si rivelava in qualche caso, aumentata alla terza estrazione di liquor.

L'O. si ripromette di continuare le sue ricerche su un numero più grande di casi (attualmente ne furono studiati una dozzina).

Egli dice che il risultato odierno, quale si profila, mostra però di appoggiare le vedute della Scuola alla quale appartiene, circa il meccanismo dei disturbi post-puntori, e cioè che questi disturbi siano provocati da una mite irritazione diffusa neuro-meningea.

Discussione: E. CASATI, BUCCIARDI, MINERBI, BOSCHI, ai quali risponde ZANETTI.

Il Segretario: E. CHIAPPINI.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta scientifica del 3 maggio 1932.

Presidente: Prof. BARATOZZI.

Neoplasma della tiroide e dermatoneuromiosite o sclerodermia?

Prof. R. SECCHI. — L'O. riferisce sopra il caso di una donna di 45 anni in cui durante il decorso di una neoplasia certamente maligna della tiroide si sviluppò una sindrome dermatoneuromiositica, costituita da: 1) una dermatosi infiltrativo-edematosa uniformemente diffusa al collo, alla faccia, agli arti superiori, al dorso, in forma di larghe chiazze all'addome, e a striscie sul lato esterno delle coscie; 2) una polineurite con paresi di tutti i muscoli scheletrici compresi quelli del collo, della deglutizione e della masticazione e dei vaghi (tachicardia a 130): 3) segni di patimento di muscoli (dolenzia alla pressione, retrazione dei bicipiti brachiali e dei masseteri; 4) febbre da 37,2 a 38,3.

Questa sindrome insorse dopo 5 mesi dall'inizio del tumore tiroideo, e contemporaneamente allo stabilirsi di una amenorrea permanente. La malata morì in istato di impressionante cachessia e atrofia dopo 20 mesi dall'inizio della malattia.

L'O. mette in rilievo l'eccezionale evento della insorgenza della dermatomiosite durante il decorso di un tumore della tiroide, coincidenza non ancora descritta nella letteratura medica, e si domanda se questa stessa circostanza non sia tale da far sorgere qualche dubbio sulla interpretazione del caso clinico. Ricorda come la sclerodermia qualche volta, specie nei casi a decorso subacuto possa presentare almeno in un primo tempo una dermopatia assai simile a quella della dermatomiosite, insieme a sintomi a carico dei muscoli e dei nervi periferici (nevriti, polinevriti), ed anche a un moderato movimento febbrile, tanto che non rare volte la diagnosi differenziale tra le due malattie non è possibile.

Ritiene che nel caso speciale debba attribuirsi una grande importanza diagnostica alla presenza delle lesioni a carico delle ghiandole a secrezione interna (tumore tiroideo, amenorrea) assai frequenti nella sclerodermia e del tutto estranee alla dermatomiosite, e che quindi si debba pensare coll'Oppenheim ad una di quelle forme di sclerodermia che si presentano colla sindrome tegumentale della dermatomiosite, unificando così il complesso quadro morboso in una unica entità nosologica probabilmente in rapporto colla profonda alterazione della ghiandola tiroide.

Illustra infine un altro caso, tuttora in osservazione, di una donna di 41 anni nella quale in seguito ad una foruncolosi diffusa col grattamento in varie parti del corpo si manifestò una dermatite infiltrativo-edematosa universale accompagnata da infiammazione di tutte le mucose e febbre, e seguita da cospicua desquamazione, senza però fatti a carico dei muscoli e dei nervi.

L'O. pensa che in questo caso si tratti di una forma diffusa di eritrodermia edematosa desquamativa d'origine streptococcica simile alle forme tossiche da arsenobenzoli, bismuto e a quelle da iniezioni auriche recentemente studiate specie in Francia sotto il nome di *auridi*. Rileva però la somiglianza del caso colle forme acute di dermatomucomiosite.

Prof. L. PIETRANTONI. — *Meningiti otogene posttraumatiche; trattamento chirurgico.*

La febbre intermittente nevralgica.

Prof. R. SECCHI. — Richiama l'attenzione dei colleghi sopra una piccola ma assai importante sindrome morbosa non ancora ben conosciuta la quale spesso trae in inganno il medico esponendolo a delle dolorose sorprese. Essa si riscontra non di rado in individui affetti da otite, ma può riscontrarsi in qualsiasi lesione superficiale infetta del capo e anche in casi di infezioni generali.

Capita talvolta di essere chiamati da un malato o da uno specialista per un malato che soffre o ha sofferto di otite e nel quale è insorta da più o meno tempo una nevralgia intermittente del trigemino. Spesso, si trovano fatti che depongono per l'esistenza di un processo infiammatorio attivo dell'orecchio e cioè: secrezione, febbretta quotidiana, dolore spontaneo o provocato dalla pressione, cosicchè la nevralgia appare aderente alla sindrome auricolare.

Altre volte l'orecchio non dà più alcun segno di infiammazione così che la nevralgia appare come un fatto isolato, indipendente dalla lesione auricolare, ma presenta un carattere assai importante quello cioè di coincidere colla febbre pur essa intermittente. In questi casi avviene spesso che lo specialista non crede alla origine auricolare della nevralgia, mentre il clinico non trovando altre cause, è di parere contrario. L'uno e l'altro si trovano però purtroppo d'accordo nel non attribuire alla piccola sindrome costituita dalla nevralgia febbrile intermittente quella importanza e quella gravità che essa non di rado possiede.

E viene la sorpresa.

La quale è questa: un brutto giorno il malato è colto dalla nevralgia più forte del solito, dalla febbre più alta del solito, perde la conoscenza; entra in coma e in 24-36 ore muore.

L'O. accenna ad alcuni di questi casi a lui occorsi e conclude che quando in un individuo sofferente di otite o di qualche altro focolaio infetto al capo è insorta una nevralgia intermittente del trigemino od altro nervo cranico la quale presenti il peculiare carattere di essere accompagnata dalla febbre pur essa intermittente anche se le lesioni esterne sembrano mute o guarite si deve pensare a qualche grave complicazione endocranica ed essere molto prudenti nella diagnosi e riservati nella prognosi.

Sopratutto si deve cercare se nei periodi intervallari tra gli accessi nevralgico-febbrili non esi-

sta qualche fatto patologico come stanchezza insolita, sonnolenza, apatia, cambiamento di carattere, qualche vertigine, piccoli fenomeni sensoriali ed altro, ed eseguire tutte quelle ricerche che possono servire a portar luce sul giudizio come l'esame della leucocitosi e dei granuli sudanofili, l'esame del fondo dell'occhio, l'esame del liquido cerebro-spinale, la radiografia del cranio e, se occorre, la encefalografia.

L'O. non sa che cosa sia successo nei suoi casi, certo un fatto molto grave perchè i malati sono morti, o una meningite circoscritta che si è rapidamente diffusa, o un ascesso endocranico o encefalico che si è rotto nelle meningi o nei ventricoli, o una encefalite acutissima o altro ancora. Certo è che un insegnamento non ancora diffuso nella pratica risulta da questi casi ed è che la febbre intermittente nevralgica indica spesso gravi complicanze dei centri nervosi.

Seduta scientifica del 17 maggio 1932.

Presidente: Prof. BARATOZZI.

Dott. G. C. PERACCHIA. — *Il trattamento chirurgico in cinque casi di morbo di Osgood-Schlatter.*

Morbo di Pellegrini.

Dott. G. C. PERACCHIA. — L'O. con lo studio di 39 osservazioni personali, che si riferiscono per nove casi a frattura del condilo femorale interno e per i rimanenti ad ossificazioni paracondiloidee interne post-traumatiche, ritorna sulla patogenesi di queste forme morbose.

Dopo aver dimostrato come nei suoi casi la frattura non abbia portato ad ossificazioni vere e proprie paracondiloidee, e come in alcuni casi contemporaneamente alla riparazione della frattura si sia formata una ossificazione paracondiloidea ben distinta, ritiene utile distinguere la frattura dell'epicondilo femorale secondo Stieda, dalla ossificazione paracondiloidea del Pellegrini.

Attraverso lo studio dei casi, passa poi a studiare l'etiopatogenesi delle ossificazioni, venendo alle conclusioni che, anche se si vuole riservare una importanza indiretta al distacco osseo, nel senso che il frammento stesso, da corpo estraneo, possa, per mezzo di un processo irritativo dei tessuti connettivali, determinare lo stimolo all'osteogenesi, si deve però attribuire alla lacerazione del legamento collaterale interno il più delle volte, allo strappo di tendini raramente, ad un ematoma secondario a contusione del condilo, oppure a contusione e lacerazione contusiva del legamento insieme, l'installarsi dell'ossificazione.

Sul meccanismo dell'ossificazione, l'O. viene avvalorando la derivazione da un processo di metaplasia connettivale.

Il lembo a racchetta come primo tempo nell'intervento radicale delle otiti purulente croniche.

Dott. C. MARCIANI. — L'O. dopo aver considerata l'opportunità ed i vantaggi di eseguire la plastica del condotto prima di aggredire la regione mastoidea, passa al vaglio della critica i principali metodi di plastica nella operazione radicale.

Descrive il metodo di plastica che, per la forma, è chiamata a racchetta e che, eseguita prima dell'intervento, per ampiezza del lembo rende ampio il meato uditivo senza deformarlo minimamente, permette una visione completa e diretta di tutta la cavità operatoria, rende facile e perfetta la medicazione.

Seduta scientifica del 31 maggio 1932.

Presidente: Prof. BARATOZZI.

Dott. E. DUSI. — *Sul trattamento cruento di alcuni casi di fratture sopra condiloidee.*

Per la storia della encefalite letargica.

Dott. B. SPAGNOLI. - 1) *La malattia di Arnolfo re di Germania.* — L'O. illustra la malattia contratta durante la spedizione in Italia da Arnolfo di Carinzia re di Germania morto nell'890 dopo Cristo, malattia che trovasi descritta nella « Storia dell'Europa » di Pier Francesco Giambullari.

L'O. identificandola in un caso di encefalite letargica ne pone in rilievo l'importanza storica e cronologica.

2) *A. Berti ed il Krishaberismo.* — L'O. dopo aver ricordato la tendenza ad assimilare all'encefalite letargica la sintomatologia di vecchie epidemie quali il morbo di Gerlier, il Kubisagari, la corea elettrica del Dubini, discute ed illustra gli studi di A. Berti sulla malattia del Krishaber che deve probabilmente riferirsi alla malattia di Von Economo.

Seduta scientifica del 7 giugno 1932.

Presidente: Prof. BARATOZZI.

Ricerche sulla vaccinazione antidifterica con un'unica iniezione di anatossina.

Prof. C. ROSSETTI. — L'O. ha esperimentato su 89 bambini il vaccino antidifterico dell'Istituto Sieroterapico Nazionale a dose unica, controllando gli immunizzandi prima, durante e dopo la vaccinazione, mediante la reazione di Schick e nel 5 % dei casi anche con la Römer, venendo ai seguenti risultati:

1) L'anatossina a dose unica provoca nei bambini recettivi una immunità verso la difterite nell'86,60 per cento dei casi.

2) Con l'iniezione di anatossina (Terni) si osservano reazioni locali consistenti in arrossamento e indolenzimento e qualche volta infiltrazione locale, più intensi all'avambraccio che ai glutei. Le reazioni generali consistono in un lieve rialzo febbrile che scompare dopo poche ore.

3) Non si sono osservati mai inconvenienti seri imputabili alla vaccinazione.

Prof. E. RAVERDINO. — *La cura chirurgica del distacco retinico.*

Pressione arteriosa e ipocloruremia nella polmonite.

Dott. A. FALANGA. — L'O. si sofferma a considerare la pressione arteriosa nella polmonite, concludendo per una ipotensione, in seguito prende in osservazione la pressione differenziale. L'O. per la prognosi della malattia giudica esito favorevole quando la Pd. è superiore a 60 (oscillometro Pachon).

Il Segretario: Prof. L. PIETRANTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Istituto di Parassitologia Medica
della R. Università di Roma
diretto dal prof. G. Alessandrini.

La cura delle Teniasi

per il dott. Giuseppe Penso, aiuto.

Molto spesso i medici si trovano in difficoltà nel combattere le infestazioni da Tenia, non riuscendo, malgrado reiterate prove, a fare espellere il verme nella sua totalità: scolice, collo e strobila.

Un indice di questa difficoltà lo ricaviamo anche dal fatto che, spessissimo, medici d'ogni parte d'Italia si rivolgono al nostro Istituto per sapere se esiste un mezzo sicuro per fare espellere Tenie che hanno impassibilmente resistito a tutti i più comuni antielmintici e tenifughi del commercio.

Noi crediamo, quindi, far cosa utile ai medici pratici rendere di pubblica ragione il metodo usato da anni nel nostro Istituto, metodo che, se applicato alla lettera, porta, nel cento per cento dei casi, alla espulsione totale del Cestode.

Detto metodo è basato sull'azione del cloroformio sui vari Elminti intestinali, azione bene individualizzata e descritta dall'Alessandrini sin dal 1915 e da quell'epoca messa in valore soprattutto per la cura dell'Anchilostomiasi.

Per fare espellere una Tenia, però, non basta usare un buon tenifugo anche se ad azione rapida e sicura come il cloroformio, occorre seguire una speciale tecnica di terapia per evitare la rottura del verme nel suo punto più delicato, il collo, e la conseguente permanenza dello scolice nell'intestino; scolice che, come è noto, sarà capace di riprodurre, da solo e in breve tempo, una nuova Tenia completa.

Per procedere alla cura bisogna, dunque, operare nella seguente maniera:

Si tiene il paziente a dieta liquida assoluta per una intera giornata, e ciò allo scopo di non ingombrare le vie intestinali con materiale solido e consistente, capace di ostacolare, al momento opportuno, l'espulsione della Tenia.

Alla fine della giornata si praticherà, poi, un clistere evacuativo allo scopo di liberare dalle eventuali scibale presenti l'ultimo tratto del tubo intestinale.

Bisogna, infatti, tenere ben presente che qualsiasi ostacolo fecale che la Tenia incontra durante la sua discesa verso l'esterno può essere capace di farla spezzare all'altezza del collo; per cui questi due primi tempi della cura — dieta liquida e clistere evacuativo — sono assolutamente indispensabili.

Fatto tutto ciò, l'indomani mattina di buon'ora si somministrerà a digiuno la seguente miscela:

Cloroformio purissimo per anestesia cc. 4 (quattro); olio di ricino gr. 40 (quaranta).

Sarà bene che detta miscela sia preparata di fresco, tenuta ben chiusa, conservata all'oscuro e bene emulsionata prima dell'uso.

L'oliocloroformico è bene tollerato da tutti anche dai bambini (ai quali, se in tenera età, si somministrerà nella dose di: cloroformio cc. due, olio di ricino gr. 25), è di gradevole sapore e scevro di qualsiasi pericolo. In alcuni individui, molto sensibili al cloroformio, si può, tutto al più, avere una lieve, passeggera e del tutto innocua sonnolenza.

L'oliocloroformico agisce di solito dopo un paio d'ore: è in questo momento, forse il più delicato, che bisogna ricorrere a un artificio di tecnica, senza il quale i successi, in questo genere di cura delle Teniasi, non sarebbero davvero numerosi.

È noto, infatti, come quasi tutti gli antielmintici — e il cloroformio in ispecie — non abbiano un'azione mortale sui parassiti, ma semplicemente un'azione stupefacente: il cloroformio « addormenta », per così dire, la Tenia, la paralizza in tutti i suoi muscoli, i quali, così, non saranno più capaci di far contrarre le ventose con le quali essa aderisce alla parete intestinale, per cui il verme cadrà nel lume dell'intestino, da dove l'olio di ricino penserà a portarlo all'esterno.

Ora, se nel momento della defecazione si farà cadere la Tenia in un ambiente a temperatura diversa da quella intestinale, accade che per l'improvvisa differenza di calore, la Tenia anestetizzata si sveglia, si contrae, e facilmente si spezza all'altezza del collo, per cui vana sarà stata tutta la cura.

Il segreto, ora, per evitare questo ultimo inconveniente, è di far defecare il paziente in un vaso contenente acqua calda a 37 o 38 gradi. Il vaso dovrà essere riempito in modo da ridurre a minima la distanza esistente tra pelo d'acqua e apertura anale.

La Tenia, così, uscendo dall'ano, troverà immediatamente un ambiente liquido — che ammortizzerà la caduta ed eviterà una rottura meccanica del verme — e caldo — che im-

pedirà contrazioni o immediato risveglio del verme anestetizzato — .

Riassumendo, dunque, il metodo da seguire per fare espellere le Tenie è il seguente:

1) tenere il paziente per una intera giornata a dieta liquida;

2) praticare alla fine della prima giornata un piccolo clistere evacuativo;

3) somministrare la mattina seguente a digiuno l'olio cloroformico: 4 cc. di cloroformio in 40 gr. di olio di ricino;

4) far defecare. al momento in cui la purga farà il suo effetto, in un vaso contenente acqua riscaldata a 37°.

Come si vede, si tratta di un metodo facile e semplice, che non richiede speciali accorgimenti e che ogni medico può facilmente applicare, sicuro di ottenere risultati certi e duraturi nel cento per cento dei casi.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un mezzo per fare con sicurezza espellere le Tenie, mezzo usato da anni nell'Istituto di Parassitologia medica della R. Università di Roma.

Tale mezzo — basato sull'effetto del cloroformio sui vermi, effetto messo in evidenza dall'Alessandrini sin dal 1915 — consiste nel tenere i pazienti a dieta liquida per una intera giornata, nel praticare alla fine della giornata stessa un clistere evacuativo e nel somministrare l'indomani mattina a digiuno un purgante di olio e cloroformio, bene emulsionati insieme (cloroformio purissimo: centimetri cubi quattro; olio di ricino: grammi quaranta), e nel far defecare, al momento in cui la purga farà effetto, in un vaso contenente acqua calda a 37°.

CASISTICA E TERAPIA.

Su alcuni casi insolitamente lievi di tubercolosi polmonare aperta nell'infanzia.

Dopo aver riportato le principali statistiche riguardanti la prognosi della tubercolosi polmonare aperta nell'infanzia il Laurinsich (*La Pediatria,* 15 marzo 1932) prende in considerazione la poca confrontabilità di dette statistiche e la vasta estensione assunta dal concetto di tubercolosi polmonare dopo le ultime ricerche che hanno dimostrato la presenza di bacilli tubercolari, mediante l'esame del succo gastrico, in casi clinicamente insospettabili.

L'A. riferisce quindi quattro casi che hanno in comune la caratteristica di dover essere considerati, per reperto positivo di bacilli di Koch, come forma di tubercolosi aperta sebbene le condizioni generali e la scarsità dei fenomeni clinici non giustifichino una conclusione diagnostica così grave. Ricorda quindi alcune osservazioni analoghe raccolte in letteratura e pensa che si debba riconoscere nell'infanzia la possibilità di forme tubercolari aperte a decorso benigno e tendenti spontaneamente verso la guarigione. C. NERVI.

Emottisi tubercolari e trasfusione del sangue.

C. Richet, A. Tzauch e F. Joly (*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 28 marzo 1932), dopo aver notato la povertà della letteratura a proposito della trasfusione del sangue nelle emottisi t.b.c., notano come, secondo loro, in questi casi, la trasfusione del sangue possa avere lo stesso valore terapeutico che ha nelle altre forme emorragiche. Questa loro opinione è basata sullo studio di 9 casi, presentatisi alla loro osservazione, di emottisi sia fulminee ed imponenti, sia prolungate o ripetentisi ad intervalli.

Tutti questi casi avrebbero molto beneficato della trasfusione che avrebbe in generale determinato la emostasi in brevissimo tempo, al massimo in un giorno; solamente in un soggetto non avrebbero riscontrato alcun giovamento.

La misura terapeutica adottata sarebbe particolarmente efficace nelle forme cosiddette fulminanti.

Circa la quantità di sangue trasfuso essi hanno sempre usato 150 gr. di sangue ed in un solo caso 500 gr.

Concludono affermando che la trasfusione sanguigna ha azione decisamente emostatica sia nelle forme fulminee e recidivanti che in quelle prolungate e ribelli ai comuni trattamenti.

L'azione terapeutica della trasfusione nelle emottisi agisce per lo stesso meccanismo con cui agisce nelle forme emofiliache o di porpora.

Gli AA. terminano domandandosi se il suddetto trattamento non abbia anche azione favorevole sopra l'evoluzione della malattia dato che in un caso avrebbero notato, in seguito alla trasfusione, un netto miglioramento dello stato generale. G. LA CAVA

Incidenti cutanei nella terapia aurea della tubercolosi.

L'autoterapia, osserva Marabottini-Marabotti, (*L'Ospedale Maggiore,* febbraio 1932) se usata con dosi complessive di 2,50-3 gr., non superando mai nelle somministrazioni seriate il 0,25, è pressochè scevra di incidenti, mentre molti ammalati ne ritraggono notevole giovamento.

Con tale tecnica gli incidenti che più frequentemente occorrono sono quelli cutanei: prurito, orticaria, eritrodermie, eczemi, porpore, tuberculidi.

L'A., riferendo di tre di questi casi su 60 da lui trattati con la sanocrisina di Mollgaard,

e precisamente di un caso di prurito, uno di orticaria ed un terzo di eritrodermia, afferma la necessità di rendersi sempre conto prima di iniziare la cura della perfetta funzionalità epatorenale del paziente, e, discutendone la loro etiologia, conclude essere il fattore « intossicazione metallica » la più importante e frequente causa determinante dei disturbi cutanei.

Il radicale solforoso su cui è fissato l'oro, ritenuto da Reynier il responsabile degli incidenti, come pure l'azione tossiemica, causata da liberazione di tossine per effetto litico del sale aureo sul bacillo, non sembrano avere grande importanza nella patogenesi di tal genere di incidenti. E. LIVERANI.

Cura della tubercolosi laringea con galvanocaustica e lampada di quarzo di Hanau.

F. D'Onofrio (*Il Morgagni*, 17 aprile 1932) ha voluto provare se si avessero dei reali vantaggi nella cura della tubercolosi laringea, associando la galvanocaustica alla Grumwald con le irradiazioni endolaringee con lampada di quarzo di Hanau. Ha potuto esperimentare il metodo solo in 5 casi ed in uno ha ottenuto un ottimo risultato di guarigione, in 2 un notevole miglioramento che perdura, in uno da oltre un anno ed in un altro da quattro mesi; in 2 altri casi ha avuto una lieve miglioria ed i pazienti sono morti solo per l'aggravarsi delle lesioni polmonari.

L'A. osserva come convenga in generale cominciare con la galvanocaustica per digrossare, ridurre le alterazioni più gravi, ma quando le laringi hanno un'abbondante secrezione, per una parziale sterilizzazione del campo, sia utile far precedere alla galvanocaustica alcune irradiazioni. Crede opportuno, quando il p. sopporta le irradiazioni e migliora nello stato generale, continuarle per un lungo periodo di tempo; uno dei suoi malati è stato irradiato, a giorni alterni, per sei mesi di seguito.

Pur riconoscendo che per formarsi un concetto esatto dell'efficacia delle tre terapie associate convenga provare su di un gran numero di casi, si sente autorizzato a consigliare il metodo, non avendo avuto mai dei peggioramenti, ma sempre delle migliorie.

C. TOSCANO.

Risultati clinici e applicazioni pratiche della dieta "tipo Gerson,, nella tubercolosi cutanea.

L. Tommasi (*Riv. Sanit. Sicil.*, aprile 1932, n. 8) trova nella dieta Gerson un rimedio molto efficace contro il lupus vulgaris, quando nei processi luposi non si associano altri germi. (In tali casi la dieta aclorurata esalterebbe la virulenza dei germi piogeni). Anche se la sola dieta è raramente capace di produrre la guarigione assoluta (3 soli casi guariti su 25 curati dall'A.) essa tuttavia, da sola è capace di provocare notevoli miglioramenti tanto del processo locale, quanto dello stato generale, dell'ematopoiesi, della formula leucocitaria. Anzi, secondo il prof. Beretvas, citato dall'A., la mancata influenza della dieta di Gerson sui reperti ematologici rivelerebbe i casi ribelli al trattamento.

Il meccanismo di azione della dieta ipoclorurata resta ancora oscuro. Dal lato biochimico si nota una relativa disidratazione tanto del tessuto luposo che della cute sana, con diminuzione dello jone calcio, ma sopratutto dello jone sodio e aumento notevole del potassio. La deficienza di sodio provoca nell'interno della cellula uno stimolo, (dato dalla necessità di scambi ionici), che spiega probabilmente il brillante effetto terapeutico che si ottiene in un primo tempo. Al quale effetto potrebbe anche contribuire l'aumento dello jone potassio. Questo metalloide agendo sui tessuti quale stimolo anabolico spiegherebbe la migliore nutrizione delle cellule, che si manifesterebbe con la vasodilatazione e l'irrorazione capillare che si riscontra nel tubercolo in via di guarigione.

Così forse si spiega il visibile miglioramento ottenuto colla sola dieta, e come basti spesso l'aggiunta alla cura di raggi U. V. in applicazioni locali o generali per ottenere la guarigione completa, poichè i tessuti ipoclorurati reagiscono più intensamente ai raggi U. V.

All'A. sembra che mentre il lupus del viso risponda meglio di tutti all'azione della dieta, meno bene risponda invece il lupus delle regioni meno irrorate, arti inferiori, ad esempio.

Insomma l'A. consiglia la dieta di Gerson parchè agisce su tutta l'economia organica e mentre risolve le lesioni in profondità, dà migliori garanzie per evitare l'estendersi del processo, la formazione di nuove localizzazioni ed eventuali recidive agevolando così l'azione delle cure locali associate. R. GARBINI.

SEMEIOTICA.

Il morbo di Raynaud: rivista critica dei minimi requisiti per la diagnosi.

E. V. Allen e G. E. Brown (*Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, febbraio 1932) rilevano che v'è la tendenza nella letteratura di questi ultimi anni a indicare col nome di m. o sindrome di Raynaud dei casi che si differenziano dalla descrizione originale del Raynaud.

Il Raynaud ha descritto la gangrena senza che ci fosse occlusione delle arterie e quindi dipendente da spasmo vasale, ha insistito sul carattere di simmetria della gangrena e sulla comparsa di sincope e di asfissia locale e sulla poca estensione del processo gangrenoso, che prende al massimo le dita e interessa la cute; egli inoltre ha descritto la comparsa di colore rosso delle estremità che si alterna con cianosi.

Esaminando bene i casi di Raynaud, su 31

casi descritti in 14 non c'è nessuna indicazione dello stato delle pulsazioni delle arterie periferiche e questa mancanza nelle accuratissime descrizioni del Raynaud è dovuta probabilmente al fatto che non tutti i casi da lui riportati nelle sue due tesi sono casi suoi, ma parecchi sono raccolti da altri. Fra i casi citati dal Raynaud stesso ce ne sono alcuni che sono certamente di gangrena da occlusione vasale; così si spiega come anche questi casi siano stati messi fra quelli di m. di Raynaud nella letteratura contemporanea. Gli AA., esaminando 25 casi descritti come m. di Raynaud da vari autori hanno trovato che parecchi casi erano di tromboangioite obliterante, di arteriosclerosi, di embolia, di gangrena multipla cutanea.

Riassumendo: criteri fondamentali per la diagnosi di m. di Raynaud sono: 1) gli attacchi intermittenti di pallore delle estremità; 2) l'assenza di occlusione organica arteriosa; 3) la simmetria delle alterazioni; 4) le alterazioni trofiche limitate alla cute. Criteri secondari di diagnosi sono rappresentati dalla predilezione per il sesso femminile (90 % dei casi) e l'assenza del dolore, che c'è eccezionalmente nel vero Raynaud. Per poter fare la diagnosi bisognerà anche poter escludere l'artrite, la neurite, una vertebra cervicale, l'arteriosclerosi, la tromboangioite obliterante.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Influenze psichiche del tasso del calcio nel siero di sangue.

Ehrström (*Acta Med. Scandin.*, vol. LXXIV, fasc. IV, 1931), ricorda come in questi ultimi anni si sia venuto schematizzando l'antagonismo in due gruppi di elettroliti, uno dei quali ha azione simile a quella del vago e l'altro a quella del simpatico: i due elettroliti più importanti sono rispettivamente il K e il Ca.

Fondandosi su questo schematismo si è creduto di poter rintracciare nell'equilibrio elettrolitico del sangue le modificazioni create dall'eccitazione e dalla prevalenza di questa o quella frazione del sistema nervoso vegetativo: e di qui si è facilmente passati al concetto di ricercare nelle oscillazioni elettrolitiche l'azione di questo o quello stato d'animo, capace, di per sè, di modificare il S. Nervoso vegetativo.

Esistono già numerose ricerche su questo argomento: Gloser nel 1924 vide che nel sangue di un soggetto ipnotizzato il tasso del Ca era diminuito; nello stesso anno Tomasson osservò che nelle demenze a forma depressiva, e negli stati malinconici, si aveva lo stesso fenomeno; nel 1925 Hisinger, Jagerskiöld che un certo numero di psiconeurotici, dopo una note passata placidamente (mercè l'azione dei narcotici) presentavano un tasso di Ca nel sangue inferiore a quello che si aveva dopo una notte agitata e insonne.

Ricerche analoghe, ma sugli animali, furono praticate da Cloetta e da Thomann: in complesso si può da queste dedurre che negli stati di riposo e di tranquillità il tasso del Ca nel sangue scende, mentre alcuni AA. hanno visto salire, proporzionalmente, quello del K.

Demole ha persino provato a ripetere tali esperienze, saggiando il sangue nella veglia e nel sonno: ma i suoi risultati, che del resto coincidono con i precedenti, vanno accolti con una certa riserva: non è mica facile pungere ad un dormiente una vena, senza che questi se ne accorga!

Ehrström ha ripreso nell'uomo le ricerche di Cloetta: egli ha prelevato campioni di sangue prima e dopo il sonno, provocato artificialmente con il sonnifero: egli ha trovato che il sonno, per lo meno questo tipo di sonno, presenta un quadro elettrolitico. In tutto analogo a quello di qualsiasi stato di tranquillità e di pace: il Ca è diminuito, ed è cresciuto il K.

A spiegare tale modificazione della normale disposizione degli elettroliti, l'A. si richiama alle teorie di Kraus, Zondek e Billingheimer, secondo cui, durante il sonno, il sangue del cervello è ricchissimo di calcio, e la povertà di calcio nel resto del circolo si spiega appunto con questo accumulo dello jone in un solo punto.

Ricordando l'azione tipicamente sedativa dello ione Ca, tale modo di vedere appare veramente suggestivo, e anche le recenti esperienze di Fischer sembrano confermare l'importanza del cervello, nella disposizione degli elettroliti, e sopratutto del Ca, durante il sonno e la requie.

V. SERRA.

Studio preliminare sulla fisico-chimica della demenza precoce.

M. Gerundo (*Pathologica*, 15 novembre 1931) ha praticato osservazioni chimiche e fisico-chimiche sul sangue degli infermi di demenza precoce. Un'ispezione generale del metabolismo non ha fatto rilevare alcuna notevole differenza dal normale. Dal punto di vista fisico-chimico, l'A. ha messo in evidenza i fatti seguenti:

1) aumento della tensione superficiale nel siero sanguigno;

2) inversione della carica elettrica delle globuline o assenza di globuline elettropositive;

3) una certa labilità del plasma;

4) uno stato di anisoionia, caratterizzato dal predominio di joni Ca e H e dalla diminuzione di joni K e OH;

5) il predominio del sistema simpatico nella vita neuro-vegetativa.

C. TOSCANO.

L'azione neuro-vegetativa dei raggi ultravioletti.

In seguito ai lavori di Rothmann, Garot, Dorlencourt, ecc., gli AA. (P. Duhem, E. Biancani e E. Huant: *Presse Médicale*, 19 marzo 1932) hanno condotto interessanti ricerche che hanno permesso di precisare l'esistenza e le modalità di una azione neuro-vegetativa delle radiazioni ultraviolette. Dopo aver esposto argomenti in favore della loro tesi, quali sarebbero l'analogia dell'azione dei raggi U.V. con quella di alcune sostanze farmaco-dinamiche, la similitudine con le esperienze di Guassardo; l'efficacia dei R.U. per la diminuzione dell'acidosi, i detti AA. ritengono di poter concludere che oltre l'azione vitaminica ormai indiscussa, i raggi U.V. hanno una azione neuro-vegetativa, elemento assai importante del loro potere antirachitico.

Questa azione porta alla fissazione del calcio e può essere considerata azione autonoma, complementare della trasformazione vitaminica propriamente detta. NERVI.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

Le nuove norme sulla fabbricazione e la vendita del cacao e del cioccolato.

Illustrando le disposizioni sulla vigilanza degli alimenti e bevande (*) furono ricordate quelle contenute nell'art. 159 del Regolamento 3 agosto 1890, che vietano la vendita del cioccolato (polvere di semi di Theobroma cacao e zucchero) sofisticato con calce, ocra e con altri materiali vegetali o minerali indigeribili o nocivi.

Il notevole incremento nel consumo del cacao e dei suoi derivati e la grande importanza raggiunta dall'industria di produzione e dal commercio di questi preparati alimentari, ha reso opportuno integrare ed ampliare le poche disposizioni del Regolamento sopra citato, ciò che è stato fatto colla *legge 9 aprile 1931, n. 916, contenente norme concernenti la fabbricazione e la vendita del cacao e del cioccolato* (*Gazz. Uff.* 3-8-1931, n. 177). La nuova legge dà la definizione esatta di quello che si può vendere sotto la denominazione di *cacao*, *cacao in polvere* o polverizzato, alimentare e simili, di *cacao solubile* e di *cioccolato*. È prescritto un contenuto massimo del 7 % di ceneri per il cacao in polvere e del 7 %, oltre il 3 % di carbonati alcalini, per il cacao solubile, riservandosi quest'ultima qualifica al cacao polverizzato e reso solubile col trattamento con carbonati alcalini, col vapore o con altri procedimenti similari. Entrambi i tipi di cacao debbono avere un tenore di sostanza grassa non inferiore al 20 %, e non contenere elementi della corteccia del seme di Theobroma cacao, nè sostanze estranee.

(*) *Policlinico*, n. 31 del 4-8-1930.

Come cioccolato si intende esclusivamente il prodotto composto di cacao e zucchero con o senza aggiunte di burro di cacao e di aromi. Il tenore in zucchero (saccarosio) non deve essere superiore al 65 % e quello della sostanza grassa inferiore al 16 %. È tollerata la presenza di zuccheri diversi dal saccarosio purchè in misura non eccedente il 5 % della quantità di zucchero impiegato.

È permessa la fabbricazione e la vendita di *cioccolati speciali* con aggiunta di sostanze diverse da quelle sopra indicate (purchè non dannose), a condizione che il cioccolato sia venduto con denominazioni che indichino la natura dei costituenti, come, per es., cioccolato al latte, alle nocciole, alle noci, alle mandorle, alla crema, al liquore, al caffè e simili; il cioccolato al biscotto è permesso purchè questo sia intero o a pezzi. È consentito aggiungere, a queste denominazioni, nomi di fantasia o altre indicazioni qualitative di carattere commerciale. È vietato vendere cioccolato sprovvisto delle denominazioni di cui sopra, o portante semplici denominazioni arbitrarie, fatta eccezione per i cioccolatini (in pezzi non superiori a 20 gr.) purchè fabbricati con cioccolato conforme alle disposizioni di legge.

Deve esser venduto come *surrogato di cioccolato* quello preparato con aggiunta di qualsiasi farina o fecola, di sostanze grasse diverse dal burro di cacao, di arachidi o di altri semi oleosi che non siano le noci, le nocciole o le mandorle, o di zuccheri differenti dal saccarosio o in quantità superiore alla prescritta proporzione del 5 %, o comunque di sostanze diverse da quelle ammesse per il cioccolato speciale. La denominazione di surrogato di cioccolato deve essere impressa sul prodotto, sulle etichette e sugli involucri in modo evidente, e la parola surrogato deve essere stampata con caratteri non meno visibili di ogni altra contenuta sul prodotto o sull'etichetta. Tutti i tipi di cacao, cioccolato e surrogato debbono portare scritto ben chiaro, sulle etichette e sugli involucri esterni, il nome della ditta fabbricante e del luogo di fabbricazione. Se il cioccolato è venduto nudo tali indicazioni debbono essere impresse sul prodotto stesso.

Chi pone in commercio i generi alimentari di cui si tratta è tenuto a fornire campioni a richiesta dei funzionari od agenti autorizzati a prelevarli. La Federazione Nazionale Fascista dell'Industria dolciaria ha obbligo di richiedere alle autorità competenti il prelevamento di campioni, quando abbia sospetto dell'esistenza di prodotti in contravvenzione.

Particolari disposizioni disciplinano le analisi ed i consecutivi provvedimenti di competenza dei laboratori autorizzati ad eseguirle (laboratori chimici della dogana, laboratori provinciali e comunali di vigilanza igienica, laboratori di chimica agraria), e stabiliscono le penalità per i contravventori.

La legge inoltre prescrive che anche gli altri prodotti di alimentazione dolciaria indicati come caramelle, biscotti e confetti, debbano portare impressi in modo chiaro sui recipienti e sugli involucri, che li contengono, il nome della ditta fabbricante ed il luogo di fabbricazione.

Per l'applicazione della legge sono di prossima emanazione apposite norme, per parte del Ministero per le Corporazioni di concerto con quelli dell'Interno, della Giustizia, delle Finanze e dell'Agricoltura. Riservandoci di illustrare a suo tempo tali norme, possiamo tuttavia rilevare sino da ora che la legge 9 aprile 1931 rappresenta un efficace strumento di tutela del consumatore, in quanto garantisce la salubrità ed il valore alimentare dei prodotti a base di cacao, e dà modo alle autorità sanitarie di esercitare su di essi una vigilanza igienica rigorosa.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Le guarigioni miracolose.

Le guarigioni miracolose sono state sempre la prerogativa e la risorsa di tutte le religioni. In tutte le epoche vi sono stati tempi e santuari particolarmente famosi per le cure e le guarigioni, che le divinità o i santi, cui erano dedicati, si compiacevano di concedere.

L'Egitto, la Grecia, Roma, ai tempi della loro prevalente civiltà hanno avuto santuari per i loro prodigi salutari non meno accreditati e frequentati di Lourdes, di Loreto, di Pompei, di Holiwell.

Più celebre fra tutti nel mondo antico fu il tempio di Asclepeion ad Atene. Vi si venerava una statua alla quale si attribuiva uno straordinario potere di operare guarigioni miracolose. Il cerimoniale e la organizzazione dei servizi erano su per giù analoghi a quelli dei moderni santuari. Alcuni sacerdoti avevano l'incarico di condurre o portare gli infermi nel tempio; altri funzionavano da medici e constatavano la malattia ed eventualmente la guarigione; altri con le preghiere ed i sacrifizi propiziavano la divinità; altri spiegavano agli infermi il responso divino ed il modo di eseguire la cura indicata; altri infine ricevevano i doni e tenevano la contabilità.

Gli infermi arrivavano a torme dai paesi più lontani spinti dal desiderio di liberarsi dal male, richiamati al santuario da una sapiente propaganda. Appena giunti, per propiziarsi il favore delle divinità depositavano all'ingresso del tempio ricche offerte e si lavavano nella fontana purificatrice. Dopo questi preliminari erano ammessi a passare una o più notti sotto i portici senza però potere entrare nel tempio. Solo dopo questa attesa ansiosa trascorsa in pubbliche invocazioni il malato era ammesso alla presenza della divinità e riceveva i consigli terapeutici sotto forma di oracoli e di sogni profetici.

Coloro che conseguivano la guarigione appendevano alle pareti del tempio oggetti di metalli più o meno preziosi rappresentanti le parti del corpo sedi del male guarito. Nell'Asclepeion come in altri santuari della Grecia, dell'Egitto, in Roma si sono trovate braccia, gambe, seni di pietra, di argento e di oro.

E non mancavano le iscrizioni celebranti il miracolo di guarigioni più clamorose. Nello stesso tempio di Asclepeion si è trovata la seguente iscrizione: « Un soldato cieco a nome Valerius Aper, avendo consultato l'oracolo, è stato consigliato di mescolare il sangue di un pollo con miele e farne una pomata da spalmare sugli occhi per tre giorni. Egli ricuperò così la vista e viene a ringraziare la divinità al cospetto di tutto il popolo. Un tisico, Lucius, prese le ceneri dell'altare, le mescolò con vino e si praticò con la miscela frizioni sul petto: guarì immediatamente ed il popolo esultò con lui ».

Nel medio evo le pratiche terapeutiche miracolose non mutarono: gli stessi pellegrinaggi, le stessse cerimonie davanti ai santuari, le stesse offerte propiziatorie, gli stessi *ex voto*. Il miracolo veniva attribuito ugualmente ad una statua, ad un quadro, a reliquie.

I confini della miracolosità con l'avanzarsi della civiltà, con i congressi della scienza sono andati gradatamente restringendosi. Tuttavia ai miracoi si crede ancora.

Il secolo XIX, il secolo del positivismo, ha visto gli splendori di Lourdes, di Pompei, di Holiwell.

La storia di quest'ultima località miracolosa è meno nota, ma più interessante perchè prova come gli anglo-sassoni non siano da meno dei latini in sì fatte credenze.

Holiwell è un grazioso paese distante poche ore di treno da Londra, che deve la recente fortuna ad una leggenda antica. Si racconta che dodici secoli fa una bella e giovane principessa, diventata poi Santa Winifred, era ricercata in isposa da tutti i signori del paese, che essa rifiutò volendo farsi monaca.

Un giorno, mentre la fanciulla se ne stava in chiesa a pregare, le si avvicinò il più innamorato dei suoi adoratori, il principe Caradoc, che la supplicò di concedergli la mano ed alle ripulse di lei, la minacciò, la inseguì e raggiuntala le tagliò la bella testa.

Ma subito dopo, narra la leggenda, il principe Caradoc era inghiottito dalla terra, mentre la bruna testa di Winifred si riattaccava al suo collo bianchissimo e la vergine immacolata riviveva, splendida e sorridente come prima.

Sul posto ove era caduto il capo di Winifred zampillava una fontana.

Da quel tempo gli infermi del paese di Galles andarono sempre a cercare il rimedio dei loro mali alla sorgente di Santa Winifred, ma spettava all'incredulo secolo XIX di dare la gloria a quell'acqua miracolosa.

Più strano ancora si è che a Holiwell si recavano e si recano non soltanto i cattolici ma anche i protestanti. Questi anzi sono più numerosi dei primi. Tutti sono eguali davanti... al miracolo.

L'acqua ghiacciata (4 centigradi) non spaventa nessuno. Tutti i fedeli traversano il bacino gettando piccoli gridi e bevendo quell'acqua di potabilità incerta.

La fontana di Santa Winifred guarisce indifferentemente tutte le malattie. E tutte le guarigioni, attestate, confermate, certificate da malati e da medici portano lontano la fama dell'acqua miracolosa.

La universalità del fenomeno prova quanto sia profonda e tenace nell'animo umano la tendenza a ricorrere al soprannaturale per ottenere il sollievo nelle sofferenze.

È un fenomeno che può essere discusso ma che s'impone per la sua diffusione attraverso tutte le epoche, tutte le civiltà.

La scienza sfrondando la miracolosità religiosa di tutto ciò che le è stato aggiunto dall'ignoranza o dalla frode, dall'ingenuità o dalla furberia, non nega alcuni fatti e cerca di spiegarli. Non è dubbio che di tutti i miracoli vantati alcuni non sono che leggende senza alcun valore e altri non sono che descrizioni di pratiche fraudolenti. Ma non è men certo che v'è un gruppo di guarigioni ottenute a mezzo della fede che sono reali e che meritano un'attenta considerazione.

Il miracolo terapeutico esiste, ma ci si deve intendere sulla sua essenza e sulla sua portata.

La eguaglianza delle pratiche propiziatorie e preparatorie, persistenti attraverso tanti secoli e tanti popoli differenti, ha il suo significato, e prova che il miracolo non è così arbitrario e così capriccioso come si potrebbe credere: esso ha le sue leggi, leggi che lo limitano e lo regolano.

L'essere soprannaturale che fa miracoli non guarisce tutti i mali. Se si va a chiedere ad un santuario il ritorno di un arto amputato, la scomparsa di una cicatrice, ogni insistenza sarà vana: la divinità non si occupa di questa specie di chirurgia.

Viceversa, innumerevoli sono le guarigioni dei disturbi della sensibilità o del momento, ossia di quelle malattie nelle quali è evidente l'origine psichica.

Con ciò non si vuole negare che la fede possa avere la sua influenza anche su alcune affezioni organiche. L'interazione tra psichismo e somatismo si va mettendo sempre meglio in evidenza.

L'azione sulla fantasia, la suggestione, le modificazioni del tono sentimentale hanno un'azione notevole su i processi organici, sullo stato di salute. Si comprende quindi come con procedimenti schiettamente psicologici si possono ottenere risultati analoghi a quelli che si hanno con i miracoli.

In questi gli effetti sono più sorprendenti e più improvvisi perchè le leve psichiche messe in azione sono di un'estrema potenza.

Le pratiche riconosciute utili per ottenere il miracolo, i lunghi viaggi in pellegrinaggio, l'attesa prolungata, la storia meravigliosa del santuario, l'esaltazione religiosa, l'emozione provocata dal nuovo, dal meraviglioso, e dal terribile agiscono sulla fantasia e sul sentimento. Si determina uno stato di autosuggestione notevolmente amplificata dalla risonanza della folla che ha la medesima sofferenza, la medesima speranza, la medesima fede.

Zola nella descrizione di Lourdes scrive: « Auto-suggestion, ébranlement préparé de longue main, entrainement du voyage, des prières, des cantiques, exaltation croissante et surtout le souffle guerisseur, la puissance inconnue qui se dégage des foules dans la crise aiguë de la foi ».

Molti secoli prima Galeno scriveva: « I tempî di Esculapio ci forniscono la prova che molte malattie gravi possono guarire unicamente mediante le scosse che s'imprimono al morale ».

I miracoli in effetti non sono che una forma empirica di psicoterapia. Essi sussisteranno, ed è bene che sussistano, fino a quando la psicoterapia avrà raggiunto quella perfezione che renda inutile l'idea fascinatrice del soprannaturale.

La fede nella guarigione è uno dei migliori medicamenti per tutti i mali, e migliore medico è colui che meglio sa infondere questa fede nei malati. *argo.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7448:

La comunicazione di Sir Gordon Watson sulla terapia sclerosante delle emorroidi colla soluzione fenica oleosa al 15 % è stata fatta alla Reale Società di Medicina di Londra, Sezione Chirurgica, sottosezione di Proctologia, in un'ampia discussione che fu fatta su questo argomento. La comunicazione stessa è stata pubblicata nell'agosto 1931 nei *Proceedings of the Royal Society of Medicine.*

R. Lusena.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Prevenzione delle malattie tubercolari.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato la seguente circolare:

Il riconoscimento ed il ricovero ospedaliero dei malati di tubercolosi sono in continuo incremento mercè la regolarizzazione delle funzioni affidate ai Consorzi provinciali antitubercolari e lo sviluppo delle assistenze assegnate all'Assicurazione contro la tubercolosi.

L'estensione della assicurazione ad altre classi di popolazione, e che si trova in corso graduale di attuazione, permetterà di diminuire gli oneri di ricovero a carico degli Enti locali e dei Consorzi antitubercolari e di attribuire nuove somme alla prevenzione delle malattie tubercolari specialmente nell'infanzia.

In previsione di tali sviluppi questo Ministero con la circolare 15 nov. 1930, n. 20300-20/47401 aveva disposto che i bilanci dei Consorzi antitubercolari fossero distinti in capitoli, con criteri di uniformità per tutte le Provincie, ed ha vigilato attentamente che ciò venisse fatto.

Secondo i dati raccolti per il 1931 la somma complessiva di L. 8.646.816 rappresenta il totale degli stanziamenti fatti dai 92 Consorzi antitubercolari per la profilassi nell'infanzia, sebbene questi fondi vengano talvolta destinati, con ripieghi varii, per la fondazione ed il funzionamento di semplici colonie di vacanza o colonie per gracili in genere, che non entrano nel programma di lotta antitubercolare affidato ai Consorzi.

Il Ministero reputa perciò necessario tracciare i criteri generali secondo cui deve essere impostata la prevenzione delle malattie tubercolari nell'infanzia ed intende che ogni Consorzio antitubercolare debba uniformarvi i propri programmi, se pure l'attuazione di questi debba essere in parte rimandata agli anni successivi con quel criterio di gradualità che le disponibilità finanziarie del Consorzio imporranno.

La vigilanza e l'assistenza profilattica debbono essere polarizzate, in questo primo momento, verso i figli di tubercolotici ed i fanciulli viventi con tubercolotici, secondo gli accertamenti dei dispensari antitubercolari. L'azione preventiva deve cominciare dal periodo prenatale.

Speciale diligenza e spirito di iniziativa debbono essere portati nella ricerca delle gestanti malate di tubercolosi, sulle quali saranno concentrati tutti i mezzi di assistenza sociale, se esse non possano abbandonare il domicilio, assumendo le necessarie intese con le Federazioni provinciali dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia e con le altre istituzioni locali aventi finalità di assistenza materna, che tutte debbono concorrere allo scopo, secondo un piano preordinato dalle EE. LL. Se per le gestanti tubercolotiche è possibile e necessario il ricovero ospedaliero ad esse dovrà essere data la precedenza su qualsiasi altro infermo.

L'assistenza preventiva al lattante o divezzo, figlio di madre tubercolotica o convivente con tubercolotici, deve essere scopo preferenziale della Assistente sanitaria nel suo servizio a domicilio. Le norme potranno essere date o dal medico direttore del Dispensario o dal medico curante della famiglia. Sarà cura dell'Assistente sanitaria mostrare alle madri come quelle norme debbano essere eseguite e fornire loro quegli aiuti che il Dispensario antitubercolare può dare. Per i lattanti e divezzi, che convivano con tubercolotici e che non sia possibile e consigliabile assistere a domicilio, sarà necessario che le EE. LL. predispongano le assistenze in adatti Istituti, con speciale riguardo ai primi mesi di vita, invitando le Federazioni dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia e gli Enti locali, aventi per scopo l'assistenza alla prima infanzia, a prestabilire, d'intesa col Consorzio antitubercolare, il piano di azione.

Istituti aventi gli scopi predetti potranno essere sussidiati dai Consorzi, sia per permettere la formazione di nuovi reparti, sia per pagare le diarie di gestanti, di lattanti e di divezzi, che fossero ricoverati.

Bisogna aggiungere che il ricovero di questi ultimi non può essere che temporaneo, mentre avviene una conveniente sistemazione a domicilio o mentre si svolge un trattamento curativo; giacchè altrimenti le assistenze in internato rimarrebbero riservate a pochi privilegiati.

Le indagini sociali svolte dai Dispensari antitubercolari condurranno ad accertare i figli di tubercolotici o conviventi con questi, che frequentino le scuole.

Inoltre, già con circolare 4 febbraio u. s. numero 20300.20 sulla lotta contro talune malattie sociali, è stata richiamata l'attenzione sulla importanza dell'esame della costituzione individuale per la prevenzione di quelle malattie. Dai risultati di tale esame, esteso a tutti i frequentanti le scuole, ed annotato nella apposita cartella medico-biografica, sarà possibile rilevare quelli che siano sospetti di infezione tubercolare già avvenuta o presentino eventuali manifestazioni morbose in atto, per l'accertamento delle quali, oltre all'anamnesi ed ai risultati dell'esame obbiettivo, potranno soccorrere l'indagine radiologica e la cutireazione alla tubercolina.

L'assistenza dovrà essere rivolta in primo luogo a quelli con malattie tubercolari in atto. Alcuni Consorzi hanno già costituito sezioni elioterapiche annesse ai Dispensari antitubercolari o Stazioni elioterapiche autonome per le forme ambulatorie di tubercolosi non polmonare. Essi si valgono degli Ospizi marini per le localizzazioni più gravi, che obbligano alla degenza continua o semi-continua a letto.

I fanciulli e giovanetti, per cui è stato diagnosticato uno stato di gracilità di natura tubercolare o sospetta in ragione dell'anamnesi, della sintomatologia, della cutireazione e del reperto radiografico, possono trovare spesso adeguate condizioni di assistenza mediante scuole all'aperto speciali con intento curativo, le quali abbisognano di particolare organizzazione in rapporto allo scopo che si propongono.

Esse debbono restare in diretto collegamento col Dispensario antitubercolare, da cui faranno visitare periodicamente gli scolari; avranno un proprio medico, il quale ne regolerà la vita quotidiana, accanto al maesro. Gli scopi terapeutici

vi sono prevalenti, l'insegnamento sarà dato con metodi pedagogici abbreviati e speciali; si darà la refezione scolastica almeno al 50 % della dieta totale, corrispondente all'età degli scolari; si praticherà sistematicamente l'aeroterapia, l'etioterapia e l'esercizio muscolare, secondo le prescrizioni del medico. Potranno aggiungersi impianti di terapia fisica per l'assistenza di forme tubercolari ambulatorie non contagiose (adenopatie, periostiti, artropatie, ecc.). Si dovrà costituire perciò l'attrezzamento necessario per l'importante funzione terapeutica che viene loro affidata.

I fanciulli e giovanetti gracili per infezione tubercolare, che abbisognano di una cura intensiva, potranno essere ricoverati per un certo periodo di tempo nei Preventorii, di cui alcuni Consorzi già dispongono, o che sono stati organizzati da Enti morali, raggruppati nel Consorzio stesso. Il medesimo provvedimento potrà aver luogo per i fanciulli, cui il ritorno a domicilio, dalla Scuola speciale, nelle ore notturne, può costituire, grave pericolo di soprainfezione, date le condizioni in cui la famiglia vive.

Anche questo ricovero non deve essere però a tempo indefinito, e sarà chiesto l'intervento di adeguate iniziative per migliorare le condizioni domestiche, o della Federazione dell'Opera Maternità ed infanzia, qualora occorrano disposizioni in dipendenza della legge 10 dicembre 1925, numero 2277.

L'aiuto finanziario dei Consorzii è permesso solamente per gli Istituti anzidetti, come contributo sia per facilitare la costruzione di nuovi reparti, sia per il funzionamento di essi. Potrà essere permesso pure per Colonie temporanee speciali, che ricoverino fanciulli o giovanetti con una delle diagnosi suddette, i quali siano stati assistiti dal servizio antitubercolare durante il resto dell'anno; ma in tal caso la spesa sarà rigorosamente limitata alle diarie per tali assistenze.

Il Ministero ha visto il pericolo che può presentare lo svolgimento di esercizii ginnastici fatti eseguire col metodo comune a fanciulli e giovanetti che si trovino nelle condizioni predette; mentre l'educazione fisica indirizzata dal medico può essere utile strumento curativo.

Ha affidato pertanto ad una Commissione di definire le norme e le modalità dell'esercizio fisico, che vengano determinate mediante accurate osservazioni, del cui esito sarà dato comunicazione, che debbono essere tenuti rigorosamente presenti e che qui si trascrivono:

1) che si debba con opportuni esercizi cominciare col correggere i paramorfismi, frequentissimi, nei fanciulli e specialmente nei gracili e astenici per tubercolosi;

2) che la massima cura sia data all'incremento della funzione respiratoria, anche con esercizi di lettura, declamazione e canto corale;

3) che gli esercizi per l'incremento neuromuscolare siano proporzionati all'età e al grado di sviluppo dei singoli soggetti, e applicati il più precocemente possibile; i risultati essendo proporzionati nella loro entità alla precocità di applicazione;

4) che si eviti ogni indirizzo massimalistico di rendimento fisico e sopratutto qualunque prova di agonismo e di combattività;

5) che l'educazione fisica sia interpolata da giuochi proporzionati;

6) che l'educazione fisica si svolga all'aperto, quando la stagione lo permette, o quanto meno in locali adatti per aria, luce e struttura;

7) che questa scuola educativa e integrativa sia sotto la direzione e il controllo medico periodico.

Per quanto riguarda il controllo medico dello stato di salute dei bambini durante l'età scolastica, sia ai fini della profilassi antitubercolare, che delle altre infermità facili a riscontrarsi nelle collettività infantili e giovanili si richiamano le disposizioni recentemente impartite (citata circolare del 4 febbraio u. s.) circa il coordinamento dei servizi di vigilanza e di profilassi nelle scuole, demandate agli Uffici sanitari.

La collaborazione dei Consorzi antitubercolari e di tutti gli Istituti e servizi medici, quali gli ufficiali sanitari, i medici condotti ed i medici degli altri servizi specializzati, darà un contributo notevole se illuminata dal sentimento di umana solidarietà che affratella tutte le forze della Nazione della lotta contro la tubercolosi, fondamento della quale è, in primo luogo la strenua difesa dei più teneri germogli della stirpe.

Sarà gradito un cortese cenno di ricevuta della presente.

Vaccinazioni antidifteriche.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato la seguente circolare:

Interessa a questo Ministero avere notizie sull'andamento delle vaccinazioni antidifteriche nel Regno durante il decorso anno 1931.

Pregasi pertanto far conoscere con cortese sollecitudine: 1) numero dei bambini vaccinati distinti per ciascun Comune, indicando il metodo adoperato; 2) se la vaccinazione antidifterica fu applicata nelle scuole e nelle collettività infantili, indicando queste ultime; 3) se furono istituiti posti di vaccinazione pubblica ed in quali Comuni; 4) se furono eseguite speciali indagini per controllare lo stato di recettività e di conseguita immunità dei vaccinati e con quali risultati; 5) altre eventuali notizie sullo sviluppo dato alle vaccinazioni antidifteriche, e sulle costatazioni fatte.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alba (*Cuneo*). — Primario medico presso l'ospedale civico. Retribuzione minima annuale primo biennio oltre L. 20.000. Chiedere bando concorso e chiarimenti alla Presidenza dell'Ospedale Civico. Scadenza 31 agosto.

Argusto (*Catanzaro*). — Scadenza 25 agosto. Gli aspiranti possono rivolgersi alla Segreteria Comunale per ottenere il bando di concorso e prendere visione del capitolato medico.

Arzignano (*Vicenza*). — Condotta del II Rip. Scad. 31 agosto. Per schiarimenti, rivolgersi alla Segreteria Munic.

Belforte del Chienti. — *Ufficiale Sanitario.* (Vedi Macerata).

Buttapietra (*Verona*). — Scad. 20 agosto, ore 18. Stipendio L. 8000, aumentabile di 1/10 ogni 5 anni e per 4 volte, più i seguenti assegni: per mezzi di trasporto: L. 3000 se con auto o cavallo, L. 2000 se con motocicletta, L. 1000 se con bicicletta; per ambulatorio L. 400; per ufficiale sanitario L. 600, oltre le indennità di caroviveri. Il

tutto al lordo di ritenute e della riduzione del 12 per cento. Documenti di rito. Età 35 anni massimo, salvo eccezioni. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

BRONI (*Pavia*). — Med. Chir. Direttore Ospedale Civile; L. 7000 e 4 quadrienni del decimo, con riduzione leg. del 12 %. Età massima 44 salvo eccez. leg. Scad. 20 agosto.

CALDAROLA. — *Ufficiale Sanitario*. (Vedi MACERATA).

CARPENEDOLO (*Brescia*). — Condotta medico-chirurgica, 1° reparto. Poveri 1300; abitanti 3500 circa. Stipendio L. 9000; indennità per autotrasporto L. 2500; documenti di rito. Scadenza 15 ottobre 1932. Rivolgersi al Municipio.

CASTELL'ARQUATO (*Piacenza*). — Per la V condotta in Vigolo Marchese. Stipendio L. 9500 per 1000 poveri, aument. di 1/10 ogni quadr. e per 5 quadr. Indenn. per Ambulatorio Comunale L. 400. Obbligo di cavalcatura con indenn. di L. 3000. Per rimborso spese c.-v., pel cavallo, temporanee L. 1200. Tutte le indennità da ridursi del 12 %. Obbligo residenza in Vigolo Marchese. Età massima 35 anni s. e. l. Domanda e documenti di rito in bollo. Vaglia di L. 50.10 per tassa concorso alla Segreteria entro le ore 16 del 15 ottobre.

CIVITELLA S. PAOLO (*Roma*). — Concorso prorogato al 15 sett. Limite di età abbassato ad anni 35. (Vedi N. 29).

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze*. — Pubblico concorso per titoli al posto di Direttore Generale Sanitario del R. Arcispedale suddetto. Potranno partecipare al concorso i laureati in Medicina e Chirurgia, che non abbiano superato i 45 anni di età, salvo le eccezioni di legge, ed abbiano titoli di servizio ospitaliero compiuto con funzioni direttive in Ospedali di non meno di 200 letti per un periodo non inferiore ad un biennio; e titoli di speciali studi e contributi scientifici e pratici d'igiene generale ed ospitaliera. Il termine utile per la presentazione della domanda corredata dei documenti di rito scade alle ore 16 del 30 settembre 1932. Il posto suddetto è retribuito con l'assegno annuo lordo di L. 25.000 elevabile a L. 30.000, oltre alla indennità di carica di lire 12.000 ed alla indennità di caro-viveri nei limiti di legge È annesso al posto l'alloggio gratuito senza illuminazione e riscaldamento. Quando venga affidata al Direttore Generale Sanitario la personale immediata direzione igienico-sanitaria di uno o di un gruppo fra gli stabilimenti ospitalieri, gli spetterà uno speciale compenso in misura proporzionale a L. 3000 annue. Per altri chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi alla Segreteria dell'Arcispedale.

GADONI (*Nuoro*). — Per titoli Stipendio lordo annuo L. 10.500, aumentabile di un decimo ogni quadriennio fino a un massimo di cinque. Periodo prova due anni. Età massima anni quaranta salvo eccezioni di legge. Documenti necessari indicati nel bollettino nazionale concorsi. Assunzione servizio entro un mese dalla partecipazione della nomina, sotto pena di decadenza. Scadenza ore venti del 31 ottobre. Chiarimenti alla Segreteria del Comune.

MACERATA. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami Posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio: Tolentino-Belforte del Chienti-Caldarola-Urbisaglia. Stipendio annuo iniziale L. 18.000 con 5 aumenti periodici di un decimo sullo stipendio iniziale per ogni quinquennio, più L. 3000 come rimborso spese per mezzo di trasporto per le visite ordinarie e straordinarie nei comuni del Consorzio. Stipendio e indennità sono al lordo delle ritenute di legge, ivi compresa la riduzione del 12 % di cui il R. D. 20-XI-1930, N. 1491. Sulle prestazioni eseguite nell'esclusivo interesse privato percepirà un compenso a carico privati stessi nella misura stabilita dalla tariffa. Divieto del libero esercizio professionale, di fare consulti e di assumere altri impieghi od incarichi. Obbligo della residenza in Tolentino. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità inerenti possono desumersi nel bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale presso la R. Prefettura di Macerata, debbono pervenire all'Ufficio predetto non più tardi delle ore diciasette del 15 ottobre 1932.

MAGNANO IN RIVIERA (*Udine*). — A tutto il 20 ottobre 1932 è aperto il concorso al posto di medico chirurgo condotto in questo Comune. Stipendio L. 8000, indennità servizio attivo L. 500, indennità mezzi trasporto L. 1000, indennità caro viveri di legge, eventuale indennità quale Ufficiale Sanitario L. 800, il tutto al lordo della riduzione del 12 %. Abitanti 2867. Per ogni informazione rivolgersi Municipio.

MESSINA. — Per titoli ed esami. Quattro posti per le circoscrizioni di condotta medica di Castanca, Faro Superiore, Torre Faro e Quattro Masse. Stipendio annuo L. 9500 aumentabili a L. 10.000 dopo tre anni di servizio, a L. 10.800 dopo sei anni e a L. 11.600 dopo dieci anni. Supplemento di servizio attivo di L. 500 per le condotte di Faro Superiore e Torre Faro; di L. 1700 per Castanca e Quattro Masse con indennità di cavalcatura, per queste due ultime condotte, di L. 2000. Sugli stipendi e le indennità grava la trattenuta del 12 %. Età massima anni 35 salvo eccez. di legge. Scadenza 24 agosto.

MONTAFIA D'ASTI (*Alessandria*). — Stip. L. 7000. Assegno quale ufficiale sanitario L. 500; indenn. cavalc. L. 500. Su tutto riduzione del 12 %. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 30 settembre.

NUORO. *R. Prefettura*. — Scad. 10 sett., ore 18. Ufficiale sanitario pel capoluogo; L. 12.000 oltre L. 1800 serv. att.; inibito l'eserc. profess. Ufficiali sanitari per 12 comuni; stipendi L. 1000 a L. 5000. Ritenute 12 %; 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a. al 22 lug.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

PRATOLA PELIGNA (*Aquila*). — Per una delle due condotte residenziali del Comune. Stipendio iniziale L. 8500, aument. di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni, soggetto alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 agosto.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione provinciale*. — Per titoli scientifici e pratici. Posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Reggio Calabria. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 45, prorogata a 50 anni per gli ex

combattenti; non sarà tenuto conto dei limiti di età per i dipendenti da altre Amministrazioni Provinciali. Da esibire, entro il 20 settembre p. v. i consueti documenti di rito e la prova di aver prestato servizio in Manicomi od in cliniche psichiatriche per almeno quattro anni. Stipendio annuo L. 22.000, aumentabile a L. 23.000 dopo 4 anni di servizio ed a L. 25.000 dopo 8; L. 7.000 all'anno per supplemento di servizio attivo, alloggio gratuito; competenze soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

RIETI. — Per titoli ed esami. Posto di direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare e del Dispensario Provinciale, cui è assegnato lo stipendio annuo di L. 12.000, oltre l'indennità di servizio attivo in L. 2000, con 3 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Scadenza 31 ottobre 1932. Domandare copia del bando di concorso e chiarimenti alla Segreteria del Consorzio in Rieti.

TOLENTINO (*Macerata*). — Per titoli. Due posti: condotta medica residenziale primaria di città, alla quale è aggiunto il servizio nella Sezione medica dell'Ospedale, e seconda condotta medica esterna. Stipendio iniziale per ambedue i posti L. 7000 al lordo delle trattenute di legge, con aumento di un decimo per ogni quadriennio e per tre quadrienni. Per la condotta esterna, indennità di cavalcatura L. 2500. Per ambedue le condotte indennità caro viveri come agli altri impiegati comunali. Lo stipendio e le indennità di cavalcatura e di caro viveri saranno ridotti del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria stessa, non oltre le ore 18,30 del dieci ottobre 1932.

TOLENTINO. — *Ufficiale Sanitario*. (Vedi MACERATA).

URBISAGLIA. — *Ufficiale Sanitario*. (Vedi MACERATA).

USELLUS (*Cagliari*). — L. 8800, con 4 quinquenni del decimo. C. v. 633,60 se ammogliato; U. S. 440; trasporto (auto) 1760. Il tutto già ridotto del 12 %. Età massima 45, s. e. leg. Tassa concorso 50,10. Scad. 31 ag.

VALLERANO (*Viterbo*). — Condotta residenziale. L. 9240, 5 quadrienni; c.-v. Servizio Ospedale locale L. 2200, gravato ritenute di legge. Scad. ore 12 del 31 agosto.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Si è in questi giorni chiuso il concorso per la nomina di 3 primari di Istituto Radiologico ed Elettroterapico negli ospedali di Roma.

La Commissione, costituita dal dott. Grand'Uff. Liebman (presidente) e dai proff. A. Carducci, E. Fioretti, F. Saraceni, P. Tandoja (di Napoli), ha nominato, in base alle votazioni riportate negli esami e nei titoli, ai primi due posti, a pari punti, i proff. Attili Sordello e Milani Eugenio ed, al terzo posto il prof. Umberto Nuvoli.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Parigi.

Il Congresso francese di oftalmologia.

La Società Francese di Oftalmologia ha celebrato in quest'anno il cinquantesimo anniversario della sua fondazione. In tale ricorrenza il congresso annuale è stato eccezionalmente solenne, esso ha avuto luogo a Parigi nel grande anfiteatro della Facoltà di Medicina dal 18 al 21 luglio. Nella seduta solenne presieduta dal Ministero dell'istruzione di Francia, il prof. Ovio, presidente della Società Oftalmologica Italiana ha tenuto, come delegato italiano, un elevatissimo discorso in cui ha illustrato con la sua alta competenza tutta l'attività scientifica svolta dalla Società Francese di Oftalmologia dalla data della sua fondazione ad oggi. Alla fine del discorso il prof. Ovio è stato lungamente applaudito e fatto segno alla più viva simpatia da parte degli oftalmologi francesi e di numerosi oftalmologi di altre nazioni delegati al congresso. In tale occasione molti dei più eminenti oftalmologi di Francia hanno voluto congratularsi con l'illustre professore dell'Ateneo Romano per la sua ultima magistrale opera scritta in lingua francese « La vision des couleurs », che è stata dal Dejean così pubblicamente definita: « Une entreprise aussi vaste comporte, pour être menée à bien, des qualités de physicien, de biologiste, d'ophtalmologiste, d'artiste et de penseur, qui se trouvent exceptionnellement réunies chez le même homme. La lecture de cet ouvrage nous donne à chaque page l'occasion d'admirer ces diverses qualités de l'auteur, la somme de ses connaissances, la profondeur de ses pensées, l'étendue de sa culture

Le nostre più vive congratulazioni all'illustre professore che onora il nostro Paese. S. A.

NOTIZIE DIVERSE.

Il centenario della British Medical Association.

Il consueto Congresso annuale ha riunito quest'anno, in occasione del centenario dell'Associazione, circa 5000 medici inglesi e 200 stranieri. Le cerimonie commemorative si sono svolte a Worcester, città natale del fondatore dell'Associazione Sir Charles Hastings. A questi, è stata dedicata una vetrata istoriata nella Cattedrale; è stata inoltre posta una lapide sulla sua casa natale.

Il presidente, Lord Dawson of Penn, ha tenuto il discorso inaugurale in cui, dopo un rapido accenno alla storia della medicina, ha esposto quella dell'Associazione delineando poi la visione della medicina futura.

L'Associazione, sorta dapprima come « Provincial » e passata poi « British », venne fondata nel 1832, quando infieriva il colera, che mietè in quell'anno oltre 50.000 vittime in Inghilterra; in seguito, il grande afflusso delle popolazioni verso le città che si facevano industriali mise sul tappeto una grande quantità di questioni medico-igieniche e sociali. L'oratore ricorda, fra l'altro, la tassa sulle finestre per cui, le case già sovraffollate vennero private di aria per non pagare la tassa.

Una svolta importante nei concetti direttivi dell'Associazione è stata la decisione di ammettere le medichesse come socie.

L'associazione prese parte attiva ai grandi problemi medico-igienici-sociali, alla riforma delle leggi sugli indigenti, sulla polizia medica, sul ciarlatanismo, ecc. La storia dell'Associazione è, del resto, intimamente connessa con quella della medicina negli ultimi cento anni. Il campo della medicina si fa ora sempre più vasto ed abbisogna della collaborazione di tutti; una prova di questo atteggiamento è data dall'elezione di dodici membri stranieri nel seno dell'Associazione stessa. I medici di ogni nazionalità, ha aggiunto il Presidente nella chiusa, sono da considerarsi come camerati, animati come sono dagli stessi ideali e debbono pensare e lavorare insieme. Nel nostro tempio non arde soltanto la lampada della ragione, ma anche quella della devozione agli altri; insieme riunite, esse danno la saggezza ed un cuore che sa comprendere e che desidera conoscere chi sia il proprio vicino, il che dà sapore alla vita ed all'umanità, la speranza e lo scopo di vivere.

Corso di chirurgia addominale a Barcellona.

Avrà inizio il 15 ottobre per la durata di due mesi. Consta di lezioni cliniche e di lezioni di tecnica chirurgica (di entrambe, tre alla settimana), oltre a conferenze teoriche (due alla settimana) su questioni di attualità, come: le complicazioni della gastrectomia (Cardenal), le itterizie dal punto di vista chirurgico, la chirurgia delle vie biliari (Prim). la diatermia, i raggi infra-rossi e ultravioletti in chirurgia addominale (Cots), ecc. Tre volte alla settimana, interventi operatori sui malati studiati.

Diritto di iscrizione 100 pesetas. Dirigersi alla Amministrazione dell'Ospedale Sta Cruz y S. Pablo, Calle P. Claret 107.

Corso di perfezionamento sul diabete mellito.

Avrà luogo a Parigi dal 13 al 29 ottobre, presso la Clinica medica della Pitié, diretta dal prof. F. Rathery. Comprende: Studio biologico del D.; metodi di esame del diabetico. Studio chimico del D. Complicazioni. Terapia. Vi saranno inoltre esercizi pratici. Tassa d'iscrizione 250 frs. presso il Segretariato della Facoltà di medicina.

Per la storia dei Congressi sanitari abruzzesi.

Abbiamo dato notizia del Congresso che si terrà ad Aquila nel prossimo settembre e che, da quanto ci era stato comunicato figurava come primo Congresso sanitario abruzzese.

Ora il dott. C. De Paulis, da Celano, ci scrive per farci rilevare che di Congressi sanitari abruzzesi, riusciti tutti importantissimi per numero e qualità di intervenuti e per gli argomenti trattati, ce ne furono parecchi fra la 1ª e la 2ª decade del corrente secolo; ricorda il primo, in Chieti, il 4° in Aquila, nel 1912. Ne fu deciso un 5° in Lanciano ma, a quanto sembra non fu più tenuto. Poi venne la guerra e di Congressi, come di tante altre cose, non si parlò più.

Ad ogni modo, aggiunge il De Paulis, è bene che si sappia che il prossimo Congresso è la continuazione, la ripresa di precedenti adunate, dovute all'iniziativa di colleghi, oramai della vecchia guardia, che non è giusto dimenticare.

Il dott. De Paulis propone pertanto di denominare come *quinto* il prossimo Congresso medico abruzzese di Aquila.

Una stazione idropinica Svizzera.

Si trova a Tarasp-Vulpera, nella parte inferiore dell'Engadina, all'altitudine di 1250 m. Gode di un clima tipicamente alpino privo di polvere, mite e secco ed ha sorgenti solfato-sodiche che, combinate con i bagni di acido carbonico, risultano utili nelle malattie gastro-intestinali, nervose, della nutrizione, ecc.

La terza esposizione dei medici artisti spagnoli.

Avrà luogo a Madrid nel prossimo autunno e vi potranno esporre non soltanto i medici, ma anche i loro figli, al pari di quanto fanno i colleghi francesi. Vi si raccoglieranno pitture, disegni, fotografie artistiche, caricature e disegni umoristici.

Infermiere donatore di sangue decorato.

A Roma, al Policlinico Umberto I, sono state consegnate in forma solenne le insegne cavalleresche al commesso Umberto Anselmi, il quale per ben 26 volte ha donato il suo sangue per la trasfusione, in una misura totale di 13 litri.

Nell'ampio salone della Direzione Generale del Policlinico, rigurgitante di medici, di infermieri, di suore, il prof. G. Galli, nel consegnare le insegne, offerte per sottoscrizione fra i sanitari ed il personale di assistenza del nosocomio, additò all'esempio dei compagni l'Anselmi, quale modesto eroe dell'altruismo.

Vittime dei Raggi X.

A Vienna è morto, dopo avere subito parecchie operazioni, il dott. Friedrich Dautwitz, radiologo di Graz, che a causa della sua professione aveva contratto il cancro.

A Parigi è stato operato di amputazione al braccio il dott. Haret, radiologo dell'Ospedale Laboirisière.

Studentessa condannata per esercizio illegale della medicina.

Una studentessa romena, Bertina Braunstein, la quale aveva già superato tutti gli esami di medicina ma doveva ancora sostenere la tesi — considerata come una formalità — aveva accettato di sostituire un medico, per la durata di sei mesi. Durante la supplenza aveva, tra l'altro, prestato le cure ad una signorina, per la quale pose diagnosi di enteroptosi con risentimento appendicolare complicata poi da bronco-polmonite. La paziente è morta ed il di lei padre ha intentato causa contro la studentessa. La causa si è svolta alla 10ª Camera del Tribunale correzionale. La perizia ha trovato che la diagnosi e la cura erano ineccepibili; tuttavia è risultato che la studentessa aveva abusivamente firmato delle ricette col nome del medico da lui sostituito. È stata condannata a 1000 franchi d'ammenda ed a 3000 franchi di danni e interessi verso il Sindacato medico della Senna.

Pubblicità ciarlatanesca.

Il dott. Raymond Steinbel è stato condannato dal Tribunale correzionale di Lilla a 6 mesi di prigione, per avere pubblicato un annunzio in cui egli si attribuiva la qualifica di direttore scientifico di un Laboratorio inesistente e per avere garantito di poter accertare, con mezzi di laboratorio, il sesso dei bambini nascituri.

Il colera in Cina.

I giornali recano notizie di una grave epidemia di colera manifestatasi in Cina. Migliaia di casi si sono avuti a Nanchino, Sciangai, Tientsin. Tra i colpiti sono anche non pochi stranieri.

È morto il dott. CARLOS PINHEIRO CHAGAS, illustre anatomo-patologo, professore emerito di questa disciplina all'Università Mineira del Brasile.

All'età di 62 anni è morto il prof. RUDOLF KRAUS, direttore dell'Istituto di Batteriologia di Santiago. È stato Direttore dell'Istituto Sieroterapico di Vienna e collaboratore degli « Handbuch » di tecnica immunitaria, di tecnica microbiologica e dei microrganismi patogeni.

Ad Innsbruck è morto, in età di 47 anni, LUDWIG HABERLANDT, professore di fisiologia a quella Università. Era noto per le sue ricerche specialmente sulla fisiologia del cuore e sugli ormoni. In riguardo a questi ultimi, egli aveva portato dei contributi originali, stabilendo fra l'altro la possibilità di sterilizzare per mezzo di ormoni l'organismo femminile.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 22 Agosto 1932 - X Num. 34

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico G. B. Morgagni in Roma - II Reparto Chirurgia.

Occlusione intestinale acuta da colecistite calcolosa. (Occlusione del grosso intestino).

Un caso personale.

Dott. UGO BANI.

Le occlusioni intestinali che si determinano nel caso di una colecistite, sono, nella maggior parte dei casi, dovute a calcoli che migrano nell'intestino e sono a carico quasi sempre del tenue; solo in rarissimi casi interessano il crasso. Anche gli esiti dei fatti infiammatori ed i fatti di pericolecistite in atto, provocano più spesso fatti stenotici periduodenali o del tenue, più raramente del colon.

Se le stenosi piloro-duodenali sono relativamente rare (Kehr su 1000 casi di litiasi operati ne ha contate solo 22) quelle del tenue sono ancor più rare e quelle del colon rappresentano una vera eccezione, se si vuol tener conto di quelle che danno luogo ad una sintomatologia.

Le occlusioni acute del colon da colecistite non sono neppure accennate nei trattati classici, anche i più moderni, ed i lavori speciali, quali ad esempio il resoconto al Congresso di Chirurgia 1926 di Margarucci e Stoppato, non ne parlano affatto. Unico lavoro d'insieme sull'argomento è uscito recentemente sul Lyon Medical (1931) ad opera di Ch. Clavel e M. Riahy. Questi autori partendo da un caso personale, raccolgono tutte le osservazioni della letteratura ed analizzandole, traggono poi conclusioni per il quadro generale della malattia.

I casi raccolti da detti autori sono in tutto VIII e vale la pena di riportarli.

Da CH. CLAVEL e M. RIAHY:

OSSERVAZIONE I. — (CLAVEL. Occlusione acuta del grosso intestino con tumore nell'ipocondrio destro. Laparotomia: colecistite suppurata, colecistotomia d'urgenza, colecistectomia secondaria; guarigione).

Una donna di 51 anno entra in ospedale il 30 ottobre 1930 con diagnosi di occlusione intestinale acuta. Effettivamente da tre giorni, la malata non ha emesso ne feci ne gas; ha vomitato, ha meteorismo. Il cieco dilatato ballotta nella fossa iliaca destra e si vedono disegnate delle onde

peristaltiche nella regione paraombellicale: sotto l'arcata costale destra si palpa vagamente un tumore e si pensa ad un neoplasma dell'angolo destro del colon complicato ad una occlusione.

La temperatura di 39°,2 può far temere un ascesso peri-neoplasico. L'anamnesi non rivela alcun passato epatico: digestioni difficili ogni tanto senza vere coliche, stitichezza, mai feci sanguinolenti.

Il 30 ottobre, previa rachianestesia, si fa una laparotomia laterale destra, si trova il cieco molto dilatato, ma avanti di praticarvi un ano, preternaturale si ingrandisce in alto l'incisione per verificare la causa dell'occlusione. Si ha la sorpresa di verificare, un enorme vescicola a pareti spesse, poggiantesi con tutto il suo peso sull'angolo del colon e circondandolo con spesse aderenze. Date queste condizioni si pratica una colecistotomia e non ci si preoccupa dell'intestino. Il contenuto della vescicola è muco-purulento e si estraggono molti calcoli. Le condizioni della malata sono troppo gravi perchè si possa fare di più sul momento. Decorso post-operativo normale; la malata è apirettica dopo 3 giorni, ma la bile non fluisce dalla colecistotomia.

Il 28 novembre 1930, previa rachianestesia, si pratica la colecistectomia che si esegue, per via retrograda; sul collo della vescicola si nota un grosso calcolo che l'occlude. Il 1° marzo 1931 la malata è in buona salute.

OSSERVAZIONE II. — (GAYET: *Lyon Médical*, 1903. Colecistite calcolosa, pericolecistite, occlusione intestinale del colon trasverso. Anastomosi colo-colica e colecistotomia. Guarigione).

Si tratta di un uomo di 58 anni, che da parecchi anni soffriva dolori all'ipocondrio destro, ed al fianco corrispondente. Delle crisi dolorose quasi quotidiane s'accompagnavano a vivaci e visibili movimenti peristaltici e a rumori musicali nella fossa iliaca destra, a vomiti, a stitichezza ostinata, seguita da periodi diarroici. M. Garrel pensando ad una stenosi non cancerosa dell'intestino crasso fece portare il malato nel reparto di M. Jaboulay, sostituito da M. Gayet. Il riposo e la dieta sembrano migliorare in principio il suo stato, ma di tanto in tanto scoppia una nuova crisi con dilatazione del cieco e si decide allora l'intervento.

Il 22 ottobre 1902 laparotomia mediana: colon ascendente molto dilatato, niente di anormale sul colon trasverso che è ptosico, la vescicola, circondata da aderenze, gomita strettamente il colon al di là del suo angolo destro. Liberazione di qualche aderenza, poi per meglio assicurare il circolo fecale anastomosi del colon ascendente col trasverso. La vescicola infarcita di calcoli viene incisa, svuotata e fissata alla pelle attraverso una bottoniera laterale destra. Decorso post-operativo semplice, il circolo fecale si ristabilisce e il malato guarì.

OSSERVAZIONE III. (Riassunto). — (NILES. *Annals of Surgery*, CXI, p. 344, marzo 1902).

Si trattava di un caso di stenosi dell'angolo epatico del colon per aderenze da colecistite. La malata fu operata e guarita sezionando le aderenze e con l'asportazione di 60 calcoli della vescicola.

Seguono 3 casi pubblicati nel 1911 da Anschultz di Kiel.

OSSERVAZIONE IV. (ANSCHUTZ). — (Occlusione acuta del grosso intestino: diagnosi clinica: cancro del colon; diagnosi operatoria: enorme vescicola calcolosa).

Una donna di 70 anni, molto debole, con una cifosi senile accentuata, fu portata alla Clinica di Mickulicz, per una occlusione intestinale datante da 5 giorni. Il primo giorno la malata aveva vomitato, le feci e i gas non venivano più emessi, il ventre era tumefatto con evidenti movimenti peristaltici. Nella regione cecale presso la spina iliaca, zona di resistenza, immobile senza peristaltismo. Diminuzione della ottusità epatica. Si fece diagnosi di stenosi dell'intestino da tumore.

L'operazione mostrò che il tumore era una enorme vescicola che giungeva fino alla parete posteriore e sembrava spingere con tutto il suo peso e stenosare l'angolo destro del colon Si esteriorizzò la vescicola e si punse: fuoriuscì liquido torbido, e furono asportati numerosi calcoli dalla vescicola le cui pareti erano notevolmente ispessite. In seguito a questa operazione, l'occlusione cessò e il ventro divenne trattabile e si ripristinò il circolo fecale.

L'ammalata morì però 12 giorni dopo in seguito ad una polmonite. All'autopsia non si trovò alcuna stenosi dell'intestino.

OSSERVAZIONE V. (ANSCHULTZ). — (Accidenti di occlusione del grosso intestino con tumore del fianco destro. Incisione di una raccolta, colecistotomia, guarigione).

Una donna di 82 anni, senza antecedenti epatici, ma affetta da bronchite cronica con fatti cardiaci, cade all'improvviso malata nel febbraio 1910; essa presentava i sintomi di occlusione intestinale acuta con vomiti abbondantissimi.

Vista in quarta giornata, presentava un meteorismo intenso; attraverso la sua parete flaccida di donna vecchia, si vedeva facilmente disegnarsi il contorno dell'intestino dilatato, animato da movimenti peristaltici. Presso la spina iliaca anteriore superiore, alla parte superiore della regione cecale si percepiva una zona resistente, immobile, dolorosa. Ottusità epatica diminuita: nè feci, nè gas, ma vomiti sempre maggiori. Temperatura 38°,5, polso 72; esistenza, come nell'osservazione IV, di una cifo-scoliosi senile.

Si pensò, come causa dell'occlusione, un cancro del colon, ma la diagnosi fu dubbia e si dubitò una appendicite senile. Una puntura esplorativa dette liquido sieroso e sotto anestesia locale si aprì una vasta raccolta chiusa in una parete ispessita. Drenaggio. In seguito a questa operazione il circolo fecale si ristabilì.

Qualche giorno più tardi, un fiotto di bile uscì dalla fistola, che prima segregava liquido sieroso: evacuazione di grossi calcoli di colesterina che spiegano la genesi di tutti i sintomi. Chiusura progressiva della fistola biliare.

OSSERVAZIONE VI. (ANSCHUTZ). — (Occlusione del grosso intestino. Tumore nel fianco destro. Colecistotomia. Guarigione).

Si trattava di una donna di 59 anni, che non aveva mai avuto coliche epatiche caratteristiche. Essa cadde malata bruscamente il 15 settembre 1906: dolore atroce all'ipocondrio destro, vomiti, arresto delle feci e dei gas. Il medico chiamato fece diagnosi di ileo: egli trovò l'addome meteorico, con nella regione del cieco, un tumore ottuso di cui si poteva delimitare parzialmente il

contorno. Pensò ad una invaginazione e mandò la malata in Clinica il 17 settembre.

All'ammissione, il dolore persiste con vomito, addome meteorico nel fianco destro. Nella regione cecale, rimontando fino alle false costole, zona di difesa accentuata. Temperatura e polso normali. La malata dichiara che qualche ora prima ella ha avuto una scarica alvina: nelle feci non vi era nè sangue nè frammenti di tumore. L'indicazione operatoria non è più urgente. Si pone la diagnosi di tumore del cieco. Nei giorni seguenti lo stato è stazionario: i dolori persistono, non occlusione completa però. Il 19 settembre 1906 intervento. Si trova nella regione del cieco una tumefazione di colore rosso che ricopre e comprime il cieco. La puntura dà esito ad un liquido torbido biliare; è una vescicola; incisione: drenaggio. Il 7 ottobre la malata lascia il reparto, con una piccola ferita residuale sul fianco destro.

OSSERVAZIONE VII. (GOLDBERG, 1912). — (Occlusione del grosso intestino, colecistite calcolosa, colecistectomia, guarigione).

Sotto il titolo « una causa rara di occlusione » Goldberg riporta l'osservazione di una donna di 42 anni, con manifestazioni di occlusione e voluminosa tumefazione dell'ipocondrio destro. La laparotomia dimostra, come causa dell'occlusione, una vescicola di 15 centimetri di lunghezza con un calcolo nel cistico. L'evacuazione del contenuto e l'ablasione del calcolo furono sufficienti a ristabilire il circolo fecale. Guarigione.

OSSERVAZIONE VIII (ROSENTHAL-JONESCU, 1930). — (Su un caso di idrope della cistifellea con fenomeni di occlusione intestinale. Liberazione delle aderenze e colecistectomia. Guarigione).

Una donna di 40 anni presentava da sei anni dolori nell'ipocondrio destro assai poco marcati, tanto da non avere mai avuto necessità di cura. Mai ittero, mai coliche epatiche, mai disturbi gastro-intestinali. Il 1° marzo 1929 essa è presa bruscamente da vivi dolori nell'ipocondrio e fianco destro. I dolori vanno accentuandosi e la malata sentendosi una tumefazione nell'addome entra in ospedale il 4 marzo.

Meteorismo addominale intenso, nè feci, nè gas da tre giorni. Al livello dell'ombellico si avverte un'ansa del tenue dilatata, animata da movimenti peristaltici. La palpazione rivela un piastrone duro, dolorosissimo, che occupa la fossa iliaca e l'ipocondro destro e che ricorda un piastrone appendicolare.

Intervento previa rachianestesia. Si cade sulla faccia inferiore del fegato al disotto della quale esiste un tumore verdastro, avente l'aspetto e il volume di un cetriolo di venti centimetri. Questo tumore è aderente alla regione ileo-cecale; e la vescicola biliare ptosica è molto distesa. Si liberano le aderenze e si fa la colecistectomia retrograda. La vescicola appoggiandosi contro la faccia antero-interna del cieco e comprimendola, provoca l'occlusione intestinale.

La colecisti aveva una parete spessa di cinque millimetri, un piccolo calcolo era incuneato nel collo, nella vescicola ne esistevano degli altri nuotanti in cinquanta centimetri cubici di bile diluita.

Ecco i casi riportati nel lavoro di Ch. Clavel e M. Riahy.

Per mio conto ho accuratamente ricercato nella casistica dell'ultimo decennio e non sono riuscito a trovare alcun nuovo caso da aggiungere ai precedenti ed a quello capitato alla mia personale osservazione. Anche nell'ultimo congresso di chirurgia sull'argomento delle sindromi dell'addome destro si è fatto cenno alle complicazioni delle colecistiti nei riguardi delle stenosi duodenali, ma non si è apportato alcun nuovo fatto a ciò che ci interessa.

Una prima costatazione può quindi farsi: l'affezione è rara e tende sempre più a farsi rara, in quanto dei casi riportati nella letteratura su nove, sei risalgono ad un periodo di oltre 20 anni fa. E ciò è logico: i progressi della chirurgia biliare rendono sempre più scarsi i soggetti che attendono fino alle estreme conseguenze prima di risolversi a ricorrere ad un atto operativo, d'altra parte i mezzi diagnostici sono perfezionati ed è più facile svelare anche le forme latenti di colelitiasi mascherate dai quadri dispeptici.

Ecco il caso di mia osservazione.

D. V. Elvira, di anni 52. Donna di casa. Entra in Clinica il 25 gennaio 1932.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota.

Sposata a 18 anni ebbe un solo figlio, che è vivente e sano, essendo poi rimasta vedova.

Da circa 6 anni ha qualche disturbo gastrico, soprattutto difficoltà alla digestione. Nell'ottobre 1930 ebbe una colica addominale con dolore prevalente ai quadranti destri, febbre per circa venti giorni, non ittero, vomito solo nelle prime ore.

Non fu stabilita una diagnosi.

Ristabilitasi, stette bene fino al 29 dicembre 1931, quando fu di nuovo colpita da un attacco simile al precedente con dolori così forti che la paziente ebbe una lipotimia per strada. Trasportata d'urgenza in ospedale fu fatta diagnosi di colica epatica. Dopo dodici giorni, quantunque ancora febbricitante (37°,5-38°,5) tornò a casa. Quivi i dolori addominali si attenuarono, mentre comparvero all'emitorace destro. Furono infatti riscontrati i segni di un versamento pleurico destro ed una puntura esplorativa estrasse liquido citrino limpido.

In queste condizioni entra in Clinica.

Nei primi giorni di permanenza il liquido si riassorbe rapidamente e la temperatura decresce, tanto che dopo 6 giorni l'ammalata è completamente apirettica.

Obbiettivamente si nota, oltre ai segni rivelatori dei fatti toracici, un fegato ingrandito, debordante per due dita dall'arcata costale, dolente alla pressione, e una massa a limiti indistinti che occupa il quadrante superiore destro dell'addome e che si riconosce per una grossa colecisti inglobata da aderenze.

Nella notte fra il 31 gennaio e il 1° febbraio 1932 nuova colica violentissima, con vomito, dolore al quadrante destro, febbre a 39°, urine fortemente pigmentate contenenti urobilina. Vista al mattino si è in forse di intervenire di urgenza: il dolore è intensissimo e vi è una difesa su tutto l'addome destro con tendenza a diffondersi, lo stato generale è abbattutissimo; fa veramente l'impressione che sia avvenuta una perforazione

della cistifellea. Non va dubbio che più che di una pericolecistite si tratta di una vera peritonite sotto-epatica e dei quadranti destri dell'addome.

Nei giorni successivi i fatti lentamente si vanno attenuando e, dopo circa venti giorni, tutto

FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

ritorna al normale, solo residua un piastrone, che occupa tutto il quadrante superiore destro dell'addome, la cui palpazione risveglia modico dolore.

Si esegue una ricerca radiografica e tanto con la radiografia semplice, quanto con la tetraiodo, si mette in evidenza una calcolosi della cistifellea (figg. 1 e 2).

Si consiglia all'ammalata di sottoporsi all'atto operativo, ma un po' la resistenza della malata, un po' le tergiversazioni dei parenti, fanno sì che si perda molto tempo utile.

Il giorno 27 febbraio 1932 l'ammalata viene colpita nuovamente da dolori e vomito, dolori che però, a detta dell'ammalata, non sono uguali a

quelli di cui ha precedentemente sofferto. Non vi è febbre ed il disturbo principale oltre il vomito è l'impossibilità di emettere aria dal retto pur sentendone il bisogno.

Obbiettivamente si nota il consueta piastrone sul quadrante destro dell'addome, che non ha subìto modificazioni e che non è particolarmente dolente, e una tumefazione posta trasversalmente nella regione ombellicale che si interpreta come lo stomaco fortemente disteso da gas. Su questa tumefazione si notano evidenti movimenti peristaltici, e stimolando con la palpazione e con lo stimolo del freddo si provoca una vera rigidità. Si fa diagnosi di stenosi piloro-duodenale e si decide di intervenire il giorno dopo col programma di eseguire una gastro-enterostomia, e, con incisione a parte, una colecistotomia.

Essendovi un po' di tregua nei dolori, per rendersi meglio conto dei fatti stenotici, si esegue una ricerca radiologica dell'apparato digerente, previo pasto opaco. Questo rivela che lo stomaco, perfettamente normale il cui svuotamento è rapido e completo, è respinto in alto e che la tumefazione è rappresentata dal cieco enormemente dilatato e che si è posto trasversalmente (vedi figure 3 e 4).

La stenosi è del grosso intestino a livello dell'angolo epatico.

Dopo alcune ore, aggravandosi il quadro occlusivo, (da 48 ore non vengono emesse nè feci nè l'ansa, si interviene.
gas) aumentato il vomito e la distensione del-

Per la impressionabilità della malata si deve ricorrere alla narcosi eterea, che del resto è ben tollerata; con laparotomia mediana si cade sopra l'ansa dilatata, che è il cieco posto trasversalmente e del volume di una coscia; con precauzione lo si svuota, previa puntura, e si esegue l'anastomosi cieco-sigmoidea.

Date le condizioni scadute, non si ritiene di aggredire le vie biliari e si rimanda tale intervento a tempi migliori. Il circolo fecale si ripristina rapidamente e l'ammalata, dopo un mese, esce di Clinica abbastanza rimessa, col programma di farsi rivedere onde provvedere operativamente al fatto colecistitico.

Le occlusioni del grosso intestino da colecistite e come complicazione della litiasi vescicolare, sono, come abbiamo detto, rare; ad ogni modo occorre conoscere bene questa evenienza, onde potere intervenire in tempo e secondo un piano operativo logico.

È una malattia che sopraggiunge in genere in donne che hanno varcato il 40° anno. In tutti i casi descritti non vi è stato un passato biliare molto accentuato; si trattava più che altro di disturbi a carico del digerente. Anche nel caso di mia osservazione, i fatti più eclatanti non furono le coliche: ben più gravi si dimostrarono le complicanze (pleurite, peritonite).

Anche la mia malata, nei periodi intervallari, ha riferito i suoi disturbi allo stomaco e con tale indirizzo fu curata.

Le lesioni anatomo-patologiche in tutti i casi erano presso a poco uguali. Si tratta infatti di grosse vescichette a pareti molto ispessite, contenenti o liquido purulento o almeno bile e muco torbidi. Queste enormi vescicole, talora ptosiche, poggiano sul colon e lo inglobano in mezzo alle aderenze peritoneali: in un caso (oss. II) il colon ascendente ed il trasverso erano fissati in modo indistricabile a livello dell'angolo epatico, a canne di fucile. In genere però le lesioni intestinali parietali non erano molto intense.

Nel caso di mia osservazione l'esame clinico, che lasciava apprezzare alla palpazione una grossa cistifellea, con attorno un grosso strato di aderenze, rivelate dal piastrone, che occupava tutto il quadrante superiore destro, non ebbe la sanzione dell'esame anatomico. Eseguita la laparotomia mediana e riparato con un entero-anastomosi al fatto occlusivo, si tentò di esplorare il focolaio pericolecistico, ma distaccate le prime aderenze, non fu giudicato prudente insistere per ovvie ragioni.

Malgrado ciò è logico pensare che i fatti anatomo-patologici fossero presso a poco simili a quelli delle precedenti osservazioni.

Quanto al meccanismo di occlusione pare alquanto semplice.

Papin, in un lavoro di insieme pubblicato nel 1925 nel *Journal de Chirurgie*, sulle stenosi duodenali nel corso della litiasi biliare, dava a queste, schematicamente, tre cause. Egli sosteneva che la stenosi avveniva o per migrazione di un calcolo, o per compressione di una grossa colecisti, o per fatti infiammatori. L'infiammazione in atto agiva meccanicamente, restringendo il lume intestinale e funzionalmente paralizzandone la muscolatura; gli esiti della infiammazione, costituiti da briglie o da blocchi cicatriziali, stenosavano permanentemente per sola azione meccanica.

Nel caso delle occlusioni del colon, pur tenendo conto dei casi descritti da Cornillon nel *Bollettino della Società di Anatomia*, nel 1865, e da Marion nel *Bollettin Soc. di Ch.*, Paris 1910 e che descrivono 2 casi di occlusione del grosso intestino da migrazione di calcoli, deve ritenersi tale causa del tutto eccezionale. Infatti per il meccanismo dell'ileo biliare, più che del volume del calcolo immigrato, deve tenersi conto dello spasmo delle pareti intestinali che si applicano su di esso, e ciò è molto più facile che avvenga lungo il tragitto del calcolo nel tenue che non nel colon. Un calcolo che è riuscito a sorpassare la valvola ileocecale, ha tutte le probabilità di essere emesso per le vie naturali, senza complicazioni.

Resta il caso del calcolo migrante nel colon attraverso una fistola vescicolo-colica. Questo è il caso di Marion, che del resto è il solo con-

vincente. Negli altri casi di fistola vescicolocolica che si conoscono il calcolo è emigrato senza dar luogo ad occlusioni.

Così pure il ruolo della compressione, dovuta al volume della colecisti, quantunque sostenuto da Anschutz, non può essere considerato preponderante.

Nel caso delle stenosi e delle occlusioni del colon nel corso della colelitiasi è il fatto infiammatorio che ha importanza.

Nella maggior parte dei casi è la peritonite sottoepatica e del quadrante destro superiore dell'addome, che comprime l'intestino, ne ispessisce le tuniche e ne paralizza la muscolatura. Sui 9 casi 7 ripetono questa origine, l'ulteriore decorso ne fa fede. Incisa la cistifellea, estratti i calcoli e dato esito al suo contenuto purulento, tolta cioè la causa precipua dell'infiammazione, l'intestino si ricanalizza ed il circolo fecale si ripristina in breve.

Nell'osservazione IV, ed in quella mia personale sono gli esiti della flogosi, (briglie, blocco cicatriziale) che agiscono. La malata si occluse in periodo afebbrile e nel silenzio dei fatti colecistitici.

Sono dunque la flogosi in se stessa o i suoi esiti i responsabili delle occlusioni del colon nel corso di una litiasi vescicolare.

Dal punto di vista della diagnosi, deve convenirsi, che data la rarità della lesione, non è troppo strano che non si sia mai fatta la diagnosi giusta.

Nei 9 casi riportati più di frequente si è pensato ad un'occlusione da tumore; in un caso (oss. I) si è pensato ad una flogosi attorno ad un fatto neoplastico in un altro caso (oss. V) ad una appendicite senile.

Nel caso capitato alla mia personale osservazione si fece diagnosi di stenosi intestinale da colecistite, ma i dati obbiettivi trassero in inganno circa l'organo stenosato e si pensò al duodeno; solo il reperto radiografico rivelò che la lesione era a carico dell'angolo colico destro.

A proposito della diagnosi sono perfettamente d'accordo con Clavel e Riahy: i malati non si presentano come degli occlusi gravi fino dal primo momento e lasciano campo di essere studiati. Un po' di osservazione e possibilmente un esame radiografico debbono riuscire a far fare diagnosi di natura e di sede.

Debbo riconoscere che nel caso di mia osservazione ci si trovava in condizioni privilegiate per far la diagnosi di natura. La malata era degente in Clinica in osservazione da oltre un mese ed avevamo dati precisi, clinici e radiologici, per affermare la presenza di una colecistite calcolosa e di una pericolecistite. Ben altrimenti ci saremmo trovati se l'ammalata fosse giunta alla nostra osservazione in periodo occlusivo, quando i fatti epatici erano completamente silenti.

Non va dubbio che il trattamento non può essere che chirurgico e diretto, nei limiti del possibile, al fatto causale.

Non posso condividere in tutto l'opinione di Clavel e Riahy quando consigliano di operare sempre sulle vie biliari, limitandosi magari ad una colecistotomia, riservando le operazioni sull'intestino per gli ammalati troppo deboli per sostenere l'atto operativo radicale.

Questo modo di vedere è giusto, e l'evoluzione della malattia lo conforta, quando si tratti di occlusioni con pericolecistiti in atto, ma nei casi come all'osservazione N. 2 e a quella mia in modo speciale, in cui deve ritenersi il fatto occlusivo dipenda dagli esiti della colecistite (briglie, blocchi cicatriziali), in analogia a quanto consiglia Papin nelle stenosi duodenali dalla medesima causa, occorre prima volgere la nostra attenzione e la nostra opera al ripristino del circolo intestinale. Provveduto a ciò, in secondo tempo, si rimuoverà la causa, con ammalati in condizioni generali migliori, tali da sopportare un atto operativo definitivo.

RIASSUNTO.

Un caso di occlusione acuta del grosso intestino da pericolecistite offre l'occasione di studiare la sintomatologia e la patogenesi di tale rara affezione, e di discuterne la cura più opportuna.

BIBLIOGRAFIA.

PAPIN. *Stenosi duodenali da colecistite.* Journ. de Chir., 1925.
GARNIER e PIEL. *Foi e voies biliaires.* Trattato di medicina: ROGER e WIDAL.
ANSCHUTZ. Med. Klin., 1911.
CORNILLON. Bull. Soc. An., 1865.
GAYET. Lyon Médical, 1903.
GOLDBERG. *Cause rare di ileo.* Anal Centralblatt Ch., 1912.
MARION. *Occlusion du gros intestin par calcul biliaire.* Bull. Soc. Ch. Paris, 1910.
NILES. Annales of Surgery, 1902.
ROSENTHAL e JONESCU. Revue méd. Ch. de Jassy, giugno 1920.
CLAVEL e RIAHY. Lyon Médical, n. 36, sett. 1931.

Le stenosi del duodeno.

Dott. FRANCO STIPA,
assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

Non la rarità dell'affezione, ma il desiderio di raggruppare in un'unica trattazione il disparato gruppo delle stenosi del duodeno, mi spinge a rendere noto un caso da me osservato di ileo cronico arterio-mesenteriale (1).

(1) Il caso è stato osservato nella Clinica privata del prof. Margarucci alla cui cortesia ne debbo la pubblicazione.

L. N., di anni 37: tre gravidanze a termine, un aborto; tre figli e il marito viventi e sani. Broncopolmonite influenzale nel 1918, malaria nel 1919. Operata da appendicite nel 1920. La malattia attuale risale a un anno fa, epoca in cui ebbe a soffrire di una sindrome dolorosa addominale: il dolore era localizzato all'epigastrio e all'ipocondrio destro, aveva irradiazioni alla spalla e si accompagnava a vomito. Per questi caratteri fu da un sanitario curata come colica epatica. Anche in seguito praticò cure anticalcolose, ma ciò non impedì il ripresentarsi della sindrome altre 4 volte.

Questa sintomatologia è durata un anno; ma da 5 mesi a questa parte la sindrome si è modificata. Non più vomito; dimagramento notevole (14 kg.), senso di ripienezza, eruttazioni, dolori epigastrici, stitichezza ostinata. Diuresi normale. Mai febbre.

E. O. Condizioni generali discrete; sensorio integro, decubito indifferente. Stato di nutrizione scaduto. Colorito pallido della cute e mucose visibili. Lingua umida impatinata. Polso ritmico, di media ampiezza e frequenza. Respiro e temperatura normali. Nulla di patologico si rileva all'esame dell'apparato respiratorio e circolatorio.

L'addome è di volume e di conformazione normali. Partecipa agli atti del respiro. Alla palpazione notevole dolenzia all'epigastrio; punto cistico assente. Organi ipocondriaci nei limiti. Nessun reperto di fatti anormali.

Esame radiologico (prof. Milani). — Colecistografia previa somministrazione di oraltetragnost Merk: esame dopo la 14ª ora: colecisti bene visibile su tutti i radiogrammi, conformata a banana, senza ombre nel suo interno riferibili a calcoli di una certa grandezza e densità, sia positivi sia negativi.

Solo la colorazione della colecisti è tenue e l'ombra va scomparendo rapidamente (segni di alterata capacità di concentrazione; di alterata contrattilità, poichè l'ombra senza ridursi va rapidamente sfumando).

La somministrazione di un pasto opaco mostra uno stomaco modicamente ectasico ma con la regione antrale destra e col duodeno alto e fissato sotto il margine del fegato. Il ginocchio superiore duodenale è completamente slargato: il bulbo ampio e il recesso esterno in persistenza ripieno. Ciò dipende in parte anche dal fatto che lo stomaco è anche abbassato e la grande curva arriva tre dita sotto le creste: il duodeno fissato per il suo ginocchio superiore resta stirato e allungato con difficoltà per il vuotamento. Dolore vivo alla pressione sul ginocchio superiore bulbare (segni radiologici di periduodenite).

Nulla di patologico nelle urine.

Operazione (prof. Margarucci). Narcosi eterea regolare. Laparotomia laterale transrettale D.

Reperto: Nessuna lesione a carico dello stomaco, del fegato e vie biliari. Fatto notevole: aumento del diametro del duodeno, che si manifesta subito al disotto della prima porzione per accentuarsi nella porzione discendente, e più ancora nella terza porzione.

Sollevando il colon ed il mesocolon in alto, si segue molto bene la terza porzione, che è dilatata fino al Treitz. La radice del mesenterio, ispessita all'interno del Treitz, si vede chiaramente costituire una specie di sbarra verticale, che è addossata profondamente alla colonna vertebrale e forma evidentemente la causa della compressione dell'ultimo tratto del duodeno, donde la considerevole dilatazione della porzione situata a monte.

Si incide in corrispondenza della parte più bombée del duodeno, la pagina del mesocolon, che aderisce lassamente alle pareti di esso e lo si anastomizza con il primo tratto del digiuno, laterolateralmente.

Costituita così questa anastomosi duodeno-digiunale, si ripongono i visceri e si richiude la breccia operatoria.

Il decorso post-operatorio è stato ottimo. La paziente è stata dimessa in 11ª giornata.

Rivista dopo 5 mesi, la p. è aumentata di peso di 10 kg. e dichiara di sentirsi benissimo. Sono completamente cessati i dolori epigastrici e i disturbi dispeptici.

La nostra osservazione rientra nel gruppo dei casi di stasi duodenale cronica da compressione arterio-mesenteriale. È noto che la porzione trasversale del duodeno è posta in mezzo a un compasso arterioso, costituito dalla aorta all'indietro, e l'arteria mesenterica e la radice del mesenterio situati al davanti.

Diverse lesioni sono capaci di determinare la compressione patologica del duodeno in questo punto: 1) la brevità del mesentere quando la radice del mesentere è corta, le anse del tenue esercitano una trazione anormale sul mesentere e il duodeno ne è compreso; 2) i difetti di accollamento del colon destro; il colon rendendosi ptosico stira l'ateria colica destra superiore e questa strozza qualche volta il duodeno.

A lato di queste alterazioni congenite, alcune modificazioni patologiche acquisite devono essere segnalate.

La stenosi è qualche volta secondaria a un vero processo di mesenterite retrattile; esso interessa la radice del mesentere che comprime così il duodeno. Vanno infine segnalati i casi di ptosi di tutto il pacchetto del tenue nel piccolo bacino, con consecutiva trazione sulla radice del mesenterio e arteria mesenterica superiore.

Welti classifica le stenosi sottovateriane croniche in:

stenosi per compressione mesenterica;
stenosi per periduodenite sottomesocolica;
stenosi per angolatura dell'angolo duodenodigiunale.

Soupault parla di periduodeniti e le distingue in tre gruppi: infettive, meccaniche, essenziali.

Le infettive sono dovute o a processi infiammatori di organi viciniori (colecistite, colite dell'angolo destro, pancreatite) o a processi infettivi localizzati sul duodeno stesso (ulcera iuxta pilorica, duodenite o ulcera del duodeno); in un secondo gruppo di periduodeniti infiammatorie sono le periduodeniti a distanza in seguito ad appendicite, epiploite; un terzo gruppo è consecutivo ad una infezione generalizzata della sierosa (tubercolosi, sifilide).

Le periduodeniti, secondo Soupault, di origine meccanica si formano nel punto nel quale la trazione è più forte, nelle ptosi. Si tro-

vano con frequenza all'unione del bulbo con la seconda porzione del duodeno, o in corrispondenza del ligamento di Treitz.

Male però si addice a queste stenosi di origine meccanica, l'appellativo di periduodeniti, che richiama, alla nostra mente, la presenza di un fatto infiammatorio.

Nelle periduodeniti essenziali, non si rinverrebbe alcuna causa determinante la formazione di aderenze.

Kellog dallo studio di 44 casi, propone una classificazione topografica delle stenosi e le divide in tre gruppi:

Primo gruppo: stenosi che determinano la dilatazione solo della prima porzione, dovute ad aderenze che uniscono la prima con la seconda porzione.

Secondo gruppo: stenosi che determinano dilatazione della prima e seconda porzione causata da aderenze con la vescichetta biliare o con l'angolo epatico del colon.

Terzo gruppo: stenosi che determinano dilatazione di tutto il duodeno, dovute a ptosi, o ad aderenze, o restringimento dell'orifizio mesenterico, attraverso il quale passa il duodeno.

Dando uno sguardo ai casi riportati nella letteratura, di stasi duodenale cronica, ci sembra giustificata la seguente classificazione:

I. Stenosi da causa congenita:
 a) stenosi congenite del lume duodenale;
 b) stenosi dovute a briglie congenite.
II. Stenosi da causa acquisita:
 a) meccaniche:
  1) per compressione mesenterica;
  2) per compressione di gangli linfatici tubercolari alla radice del mesenterio (Alessandri);
  3) ptosi dello stomaco con contemporaneo ptosi del duodeno, mentre resta fissa l'unione della 3ª porzione col digiuno;
  4) compressione da vaso anomalo (Sussig);
  5) compressione da neoformazione vicina;
 b) infiammatorie:
  1) ulcera duodenale, duodenite;
  2) aderenze da processi infiammatori delle vicinanze e a distanza, localizzati o generalizzati;
 c) neoplastiche:
  1) tumori benigni;
  2) tumori maligni.

Abbiamo già ricordato come Soupault, Pezcoller ed altri ammettano l'esistenza di una periduodenite essenziale.

Sintomatologia. Tralasciando la sintomatologia delle ulceri del duodeno e dei tumori, il che esorbiterebbe dal nostro compito, insisteremo un po' sulle stenosi sottomesocoliche da cause meccaniche e infiammatorie.

Quantunque di etiologia diversa, esse si traducono unicamente con una sintomatologia comune: il vomito abbondantissimo di bile.

Questo vomito si osserva in circostanze particolari. Si tratta di malati nei quali la digestione è lenta e penosa. Il malessere è vago, indefinibile. I pazienti hanno senso di peso, di tensione all'epigastrio, o all'ipocondrio destro; sopravviene allora il vomito biliare che procura un immediato sollievo: questo può essere abbondantissimo e unico, ovvero scarso e allora si ripete a breve distanza.

La posizione genupettorale, o il decubito ventrale prevengono o fanno talvolta cessare il vomito; per un meccanismo inverso il decubito dorsale ne favorisce l'insorgenza, e i malati vomitano spesso la sera nell'ora del primo sonno.

Qualche volta si hanno solo fenomeni dolorosi. Ciò avviene quando la bile non riesce a forzare il piloro e refluire nello stomaco. Il duodeno si distende e appaiono i dolori. Essi sono più o meno intensi; il più spesso vaghi, indefinibili, sordi e continui, aventi sede nell'ipocondrio sì da far pensare ad una colecistite; tal'altra si presentano più vivi ed a sede epigastrica e simulano l'ulcera. Ma il dolore della ulcera duodenale è più circoscritto. e si associa al noto sintomo della fame dolorosa.

L'appetito è variabile. Da parte dell'intestino si ha a volte diarrea, a volte costipazioni, in qualche caso la diarrea si alterna con la costipazione.

Si comprende come in seguito alla ripetizione delle crisi lo stato generale subisca alterazioni considerevoli.

Nella nostra malata c'è stato un dimagrimento di 14 kg. in pochi mesi; su questo rapido e notevolissimo dimagrimento ha recentemente insistito anche Alessandri, a proposito di 4 casi comunicati da Puccinelli all'Accademia medica.

Si aggiungono in seguito sintomi tossici: cefalea, depressione, mancanza di forze.

Kellog nello studio dei suoi malati ha trovato due punti dolorosi. Uno a sinistra della linea mediana poco sopra l'ombelico, dove il dolore è risvegliato dalla pressione profonda, e una zona a destra della linea mediana e sopra l'ombelico fin sotto il fegato.

Con la percussione, secondo Kellog, sarebbe possibile rilevare il duodeno dilatato, trovando un'area di marcato timpanismo dietro il muscolo retto di destra, in una zona tra fegato in alto e colon trasverso in basso.

Nelle forti dilatazioni duodenali si avrebbe poi quel sintoma che Hayes chiama della pressione paradossale; premendo lentamente dal basso in alto per circa 30 secondi con la mano posta proprio immediatamente sotto l'ombelico, essendo il paziente disteso, anzichè aumentare la quantità di gas presente nel duodeno come si potrebbe presumere che avvenisse, si svolge la plica duodeno-digiunale, permetten-

do al duodeno di svuotarsi per cui la zona timpanica diviene meno estesa e il timpanismo si riduce.

La diagnosi. Nella maggior parte dei casi è difficile; è basata sull'apprezzamento di piccoli segni.

Si devono poter escludere l'ulcera duodenale e la colecistite.

Nelle stasi duodenali il dolore è più indeciso e localizzato in una zona più estesa che nell'ulcera duodenale; nell'ulcera si hanno periodi di miglioramento e di peggioramento; nella stasi duodenale è in genere assente il sangue nelle feci (quantunque nel caso di Alessandri ci sia stata melena); nelle ulceri esiste il segno della fame dolorosa.

La colecistite ha per sè la presenza di tutti i punti dolorosi, dal cistico, all'intercostale posteriore; nella stasi duodenale mancano gli accessi di colica biliare, e tutti quei sintomi consecutivi alla ostruzione delle vie biliari. Su questa diagnosi differenziale ha recentemente insistito Leotta all'Accademia Pugliese di Scienze.

L'esame radiografico è d'importanza capitale per la diagnosi: Occorrono radiografie prese in serie. Le radiografie isolate sono una causa di errore, e dilatazioni passeggere viste in una pellicola possono far pensare a una stenosi che non esiste.

La dilatazione del duodeno a monte della stenosi, l'esagerazione dei movimenti peristaltici, e la presenza di onde peristaltiche, permettono di fare la diagnosi. Il bario espulso dal bulbo penetra nel duodeno e l'inietta in maniera anormale. La dilatazione duodenale è massima a livello del ginocchio inferiore, la porzione discendente del duodeno è distesa in tutta la sua metà inferiore; ma la terza porzione non appare. Essa corrisponde all'ostacolo e il bario tarda a passare nel digiuno.

Contrazioni peristaltiche potenti sono visibili sotto lo schermo. Esse spingono il bario verso il ginocchio inferiore poi delle nuove contrazioni si producono in questo punto. Queste contrazioni sono insufficienti e il bario refluisce verso le prime porzioni sotto l'influenza di movimenti antiperistaltici.

Trattamento. Il trattamento delle stenosi duodenali è essenzialmente chirurgico. Certo operare tutte queste stenosi sarebbe eccessivo; delle leggere costrizioni duodenali sono migliorate negli ptosici da una buona igiene e dall'impiego di una cintura addominale. Soupault vanta molto l'azione della diatermia.

Ma quando la stenosi è marcata e si accompagna a vomiti biliari, accidenti di intossicazione, dimagrimento, l'intervento si impone.

La liberazione delle aderenze (duodenolisi), la soppressione di una angolatura assicurano qualche volta la guarigione. Ma il più spesso un intervento derivatore è necessario. La gastroenterostomia è insufficiente; il ristagno duodenale in genere persiste dopo tale intervento, e i pazienti non ne traggono alcun giovamento.

L'intervento di scelta è la duodeno-digiunostomia.

Non mi attarderò a descriverne la tecnica; ma è indispensabile opporre i cattivi risultati ottenuti con la gastroenterostomia ai successi che dà la duodeno-digiunostomia nella maggioranza dei casi. Sono appunto alcuni cattivi risultati della gastro-enterostomia che hanno attirato l'attenzione sulle stenosi sottovateriane. Wilkie non avendo riconosciuto una stenosi del duodeno, perdette il suo malato qualche giorno dopo avergli praticato una gastroenterostomia, per dilatazione acuta del duodeno. Duval riporta la storia di malati considerati a torto come affetti da stenosi pilorica; la gastroenterostomia non avendo dato miglioramento, l'esame radioscopico gli permise di mettere in evidenza una stenosi duodenale e la duodeno-digiunostomia dette a questo chirurgo delle guarigioni splendide.

La duodeno-digiunostomia è dunque la sola operazione logica. Nel caso che ho riferito, il risultato è stato ottimo.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di ileo cronico arteriomesenteriale. Basandosi sui casi riportati nella letteratura di stenosi del lume duodenale, propone una classificazione completa di queste stenosi.

BIBLIOGRAFIA.

BARLING. *Chronic duodenal ileus.* Brit. Journ. of Surg., 1923, t. X, p. 501.

BERARD. *Obstruction du duodénum par ptose et coudure sur les vaisseaux mésentériques. Conditions du maintien de la perméabilité de la gastro-jéjunostomie.* Lyon médical, 15 marz 1914, t. CXXII, p. 599.

BIRCHER. *Der duodeno-jejunale Darmverschuss ein selbstandiges Krankreits bild.* Zentralblatt für Chir., 1912, t. I, n. 25, p. 843.

CASE. *Observations radiologiques sur le duodénum.* Journ. rad. et électr., Paris, 1916-1917, t. II, n. 8, p. 497.

CHARRIER. Rapport de A. BRÉCHOT. *Deux observations de sténose sous-vatérienne.* Bull. et Mém. Soc. de Chir., 25 juin 1924, p. 769.

COTTE et CARRIVE. *Occlusion chronique du duodénum par la corde mésentérique chez un ptosique. Guérison par la duodéno-jéjunostomie secondaire à la gastro-entérostomie.* Société de Chirurgie de Lyon, séance du 24 mai 1923; Lyon chirurgical, 1923, t. XX, p. 778.

P. DELBET. *Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. Duodéno-jéjunostomie.* Bull. et Mém. de Chir., 23 mars 1920, t. XLVI, n. 11, p. 471.

P. DUVAL, JEAN CH. ROUX et H. BECLERE. *Études médico-radio-chirurgicales sur le duodénum*. Paris, 1924, Masson et C.ie.

P. DUVAL et GATELLIER. *Sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum par malformation congénitale du péritoine, en particulier sténose par compression artérielle*. Arch. des maladies de l'app. dig. et de la nutrition, 3 juin 1921, t. XI.

I. FINNEY. Bull. of the J. Hospital, janvier 1906, p. 37.

R. GRÉGOIRE. *Quatre cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum*. Bull. et Mém. Soc. de chir., t. XLVI, n. 18, p. 786, 25 mai 1920.

VON HABERER. *Contribution à l'étude des sténoses duodénales chroniques*. Archiv. f. Klin. Chir., 1924, Bd. CXXXII, II, 2, p. 191.

E. KELLOG. *Diagnosis and treatment of chronic duodenal obstruction*. S. G. O., février 1919, t. I, p. 174.

ID. *Duodenal obstruction with duodeno jejunostomy*. Med. Record, 1 février 1919, t. XCV, pagina 215.

E. L. KELLOG and W. KELLOG. *Chronic duodenal obstruction with duodeno-jejunostomy as a method of treament*. Ann. of Surger., vol. LXXIII, juin 1921, p. 578.

I. MC. KENTY. *Traitement opératoire de l'occlusion duodénale chronique*. S. G. O., 1924, t. XXXVIII, p. 444.

P. LAUNAY. *Dilatation du duodénum consécutive à une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal sténosant. Duodéno-jéjunostomie sécondaire*. Bull. et Mém. Soc. de Chir., 13 décember 1924, t. L, n. 31, p. 1094.

J. LEVEUF. *L'occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique*. Rev. de Chir., 1920, n. 11, p. 616.

MELCHIOR. *Chirurgie des duodénums*. Neue Deutsche Chirurgie, Stuttgart.

L. A. PETIT. *De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère*. Thèse Paris, 1900.

SPENCE and GRAHAM. *Chronic mesenteric ileus with a report of three cases*. Medical Record, 13 septembre 1913, vol. LXXXIV, p. 473.

STAUNIG. *Ueber die Röntgen sympton der Passage behinderung an der Fleura D. J.* Wiener klin. Wochenschr., 1924, n. 39, p. 1001.

STAVELY. *Acute and chronic gastro-gesenterie ileus cure in a case by duodeno-jejunostomy*. Bull. of the J. Hopkins Hospital, 1908, t. XIX, p. 252.

H. C. TINKHAM. *Chronic arteriomesenteric obstruction of the duodenum*. The Boston Med. and Surg. Journal, 22 mars 1923, vol. CLXXXVIII, n. 12, p. 397.

A. WEISS. *Duodéno-jéjunostomie et sténos chronique sous-vaterienne*. Archives nat. app. dig., avril 1925, t. XV, n .4, p. 318.

D. P. WILKIE. *Chronic duodenal ileus*. The British Journal of Surgery, 1921-1922, t. IX, p. 204.

ZOEPFELL. *Chronische Arteriomesenterialestenose bei ulcus callosum ventriculi*. Zentralblatt für Chir., 11 août 1923, n. 32, p. 1235.

PUCCINELLI. Accademia Medica di Roma.

SUSSIG. Arch. It. Chir., vol. XXI.

LEOTTA. Accademia Pugliese di Scienze, seduta 20 maggio 1926.

ANZILOTTI. XXXIII Congresso Soc. It. di Chir.

AGRIFOGLIO. Ann. It. Chir., 1926.

CIGNOZZI. Riforma Med., 1925.

FEDELI. Ibid., 1925.

GRIGNANI. *Le periduodeniti*. Tip. Coop. Pavia, 1927.

LA GRAVINESE. Policlinico, Sez. Chir., 1926.

TRINCHERA. Arch. It. di Chir., 1927.

ALESSANDRI. Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano.

SOUPAULT. *Le periduodeniti e la loro cura*. Le Journal médical français, 1926.

PEZCOLLER. *Stenosi croniche del dnodeno*. Arch. It. Chir., vol. 19, 1927.

REGINALD JACKSON. Annals of Surgery, 1926, vol. II.

TAYLOR. Ibid., 1926, vol. II.

RICHARD BOLLING. Ibid., 1926.

HENRY GRALAM e PEDRO PLATON. Ibid., 1925.

WELTI in HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*. Masson, 1928.

DIVIS. CHIRURGICA DELL'OSPEDALE UMBERTO I
DEL CIRCOLO DI MONZA
diretta dal Prof. A. CIMINATA.

Rottura sottocutanea traumatica della porzione sottomesocolica del duodeno. Intervento. Guarigione.

Prof. A. CIMINATA, chirurgo primario.

Al medico pratico, cui sono principalmente rivolte le considerazioni offerte dal caso clinico che qui in breve esporrò, non può sfuggire la importanza che assume una diagnosi precoce di lesione addominale traumatica sopratutto quando mancano notizie per ammettere un traumatismo nella regione addominale e quando mancano i segni esterni rivelatori di esso. Ma io direi ancor più: del sospetto della lesione addominale, il quale basta da solo ad affrettare il trasporto del traumatizzato all'ospedale chirurgico, con quale vantaggio è facile immaginare da uno sguardo alle statistiche di mortalità in rapporto allo spazio di tempo fra il trauma e l'operazione. Nella rottura sottocutanea del duodeno, per esempio, argomento di cui ora ci occupiamo, la mortalità degli operati raggiunge, per alcui (W. Tschistosserdoff) entro le 6 ore il 50 %, entro le undici ore l'88 %, per elevarsi fino al 100 % negli operati dopo ventiquattro ore, e per altri (Petry) il 48 % per gli operati entro le sei ore, il 45 % per gli operati entro le 7-12 ore, il 79 % entro le 13-24 ore e finalmente il 93 % per quelli operati entro le 24-28 ore.

Non dirò qui della patogenesi della rottura sottocutanea del duodeno. Per la clinica giova solo ricordare che per lo più sono i traumi diretti (calcio di cavallo, calcio di uomo, cornata di bue, colpo di pallone durante il gioco del calcio, colpo da timone di carro, colpo fra

respingenti di vagoni ferroviari, caduta sull'addome, ecc.), che ne determinano la rottura col meccanismo della contusione diretta del duodeno, organo questo che, come tutti sanno, giace a ridosso di un corpo solido, la colonna vertebrale.

Ma oltre a questo tipo di lesione, da taluno (Mandy, Wolff) è stata emessa l'ipotesi che la parete duodenale possa rompersi col meccanismo dello scoppio. È vero che questo meccanismo presuppone una certa ripienezza del duodeno, ciò che normalmente non è, ma tuttavia in alcuni casi, come vedremo fra poco, rimane verosimile ammettere che il traumatismo non direttamente, ma per contraccolpo, determini una rottura per scoppio.

Il duodeno, pur trovandosi riposto nell'addome al disotto del fegato, del colon, del mesocolon trasverso e della radice del mesenterio, va soggetto a rotture sottocutanee traumatiche con una certa frequenza. Da una statistica di Hertle: su 118 rotture sottocutanee del tubo digerente, il duodeno è colpito quindici volte (12 %). Secondo H. Koch su 44 rotture sottocutanee dell'intestino il duodeno è colpito 5 volte (11,4 %). Secondo Petry su 163 lesioni sottocutanee dell'intestino il duodeno è colpito 9 volte (5,5 %) e secondo Smith su 45 rotture dell'intestino il duodeno è colpito 3 volte (7 %).

Di tutto il tratto duodenale, poi, quello colpito più frequentemente è la parte sottomesocolica a causa, e in questo sono concordi tutti gli autori, della sua posizione e della sua fissità sulla colonna vertebrale.

Secondo una statistica di Nieden fino al 1927 i casi di rottura sottocutanea del duodeno descritti nella letteratura raggiungono circa i 100. Ma recentemente (1930) Leibowicz ne raccoglie 176. Forse a questo rapido aumentare dei casi illustrati contribuisce una migliore conoscenza della lesione e quindi una più precoce indicazione operatoria.

C. Riccardo, anni 16. Nelle prime ore della sera (circa alle venti) salì sul tetto della propria casa per catturare uccelli; perdette l'equilibrio e cadde al suolo. Si calcola che l'altezza da cui cadde fosse di sei metri. Non sa dire con quale parte del corpo battesse sul suolo, poichè perduto l'equilibrio, gli vennero a mancare i sensi. Ma lo stato di incoscienza non dovette durare a lungo dal momento che ci è noto che i famigliari avvertirono subito i suoi alti lamenti. Portato a letto, i parenti lo esaminarono per vedere se avesse ferite; ma non ne trovarono in nessuna parte del corpo e dall'insieme dello stato generale giudicarono essere il caso di nessuna gravità. Ragione per cui non ritennero necessario chiamare un sanitario.

Dopo un'ora circa, però, avvertirono un marcato cambiamento: la faccia diveniva sempre più pallida e abbattuta, il respiro un po' dispnoico e l'addome si faceva molto dolente. Intuirono subito la gravità di questi sintomi e lo trasportarono d'urgenza all'ospedale.

E. O.: Giovane di robusta costituzione, ma di aspetto sofferente. La faccia è estremamente pallida, ma non stirata come si suole vedere nelle peritoniti, il respiro è alquanto dispnoico, il polso frequente (135), piccolo, vuoto. La spalla sinistra notevolmente aumentata di volume con i tipici segni semeiologici di una frattura comminuta della testa omerale accompagnata a copioso ematoma. Oltre a questa lesione, la superficie del corpo non presenta segni di contusione nè ferita alcuna.

Addome: All'ispezione: è conservata la forma; non si presenta meteorico nè si vede alcun segno di contusione o ecchimosi nei vari quadranti. Alla palpazione: una evidente contrazione muscolare mette in difesa tutto l'addome, in basso, in alto, a destra e a sinistra. La palpazione suscita vivo dolore in tutti i quadranti, ma palpando delicatamente nei vari settori si rileva la difesa muscolare essere più evidente a destra sia nella fossa iliaca che nell'ipocondrio. Percussione: suono modicamente timpanico dappertutto. *L'aia di ottusità epatica è conservata.*

Con questa sintomatologia, una lesione addominale traumatica non poteva mettersi in dubbio. Difficile era invece stabilirne la sede e la natura. Il particolare rilievo della mancata scomparsa dell'aia epatica, sul quale abbiamo insistito, portava in verità ad escludere una perforazione intraperitoneale. Avrebbe potuto trattarsi, invece, di perforazione extraperitoneale. Ma c'era un sintomo che richiamava sopratutto l'attenzione: il pallore intenso del viso, che fece sospettare un'emorragia interna da rottura del fegato, alla quale abbiamo pensato anche perchè nella discussione diagnostica abbiamo dato un considerevole peso al fatto che all'ipocondrio destro la difesa era più evidente che negli altri settori

Operazione: 11 ottobre 1931, ore 24 (prof. Ciminata). In narcosi eterea: laparatomia pararettale destra all'altezza dell'ombellico. Questa via di accesso mi fu suggerita dalla presenza, dianzi ricordata, di una certa accentuazione della difesa dei quadranti addominali di destra. Pensai che per tale via, prolungando eventualmente il taglio in alto e in basso e persino completandolo con un'incisione trasversale del muscolo retto, si sarebbe potuto, come infatti si potè, dominare tutto il campo addominale dal fegato al piccolo bacino. *Aperto il peritoneo, uscì liquido biliare in discreta quantità.* Questo primo reperto fece escludere la lesione del fegato — che avrebbe invece dato emoperitoneo — e fece pensare ad una lesione della cistifellea o delle vie biliari. Prosciugato il campo operatorio e prolungato in alto l'incisione fino all'arco costale, si procedette all'esplorazione del fegato, della cistifellea, della regione dell'ilo epatico. Non si trovarono alterazioni.

Durante questa manovra, però, si rese evidente un fatto caratteristico: il colon ascendente era dilatato e di colorito biliare come se la bile avesse infiltrato la sua parete al disotto della sierosa. Anche i foglietti del mesocolon si presentavano imbibiti di un liquido biliare misto a bolle di gas.

Fu questo speciale reperto che fece subito pensare alla perforazione di un organo cavo retroperitoneale contenente gas e bile e indirizzò la ricerca verso il duodeno. Si sollevò il colon trasverso portandolo al di fuori della ferita laparatomica e si spostò in basso tutta la massa dell'intestino tenue. Apparve subito una infiltrazione biliare di tutto il peritoneo posteriore il quale, in alcuni tratti, era addirittura sollevato e come enfisematoso. Ciò impedì di vedere il duodeno, ma appena si incise il foglietto parietale peritoneale per preparare la porzione sottomesocolica, si vide fuoruscire un liquido biliare misto a gas che fece la spia della rottura duodenale. La quale si trovò nella faccia anteriore della detta porzione sottomesocolica e precisamente poco prima dell'incrocio dei vasi mesenterici superiori. Prima di procedere alla sutura si completò la preparazione duodenale onde poter meglio dominare la parte lesa. La rottura era rotondeggiante, del diametro di un centimetro e mezzo, con la mucosa extroflessa. Si eseguì doppio strato di sutura: col catgut il primo e con seta il secondo a punti staccati.

Ultimata la sutura si presentò il quesito se fare o no una gastro-enterostomia. Questa avrebbe avuto lo scopo di escludere la parte duodenale operata, con duplice fine: anzitutto mettere a completo riposo la ferita del duodeno, il quale, essendo in questo tratto extraperitoneale, si presta meno ad una guarigione sicura e rapida e poi, per fornire allo stomaco un'altra via di scarico nell'eventualità che alla sutura duodenale seguisse una stenosi.

Il primo motivo non mi parve così urgente come a prima vista potrebbe sembrare. La bile e il succo pancreatico appunto perchè la rottura del duodeno era sottowateriana avrebbero ugualmente continuato a passare nella porzione sottomesocolica del duodeno e avrebbero potuto ugualmente filtrare attraverso la sutura.

Il secondo motivo mi sembrò ancora meno urgente, poichè a guarigione ultimata, in un tempo più opportuno, si sarebbe potuto agevolmente provvedere alla gastroenteroanastomosi qualora fosse residuata una stenosi duodenale. In quel momento, invece, pensai di dover dare importanza all'esattezza della sutura a vantaggio della quale appariva più opportuno spendere il tempo che si sarebbe impiegato per la gastroenterostomia. Fu infatti accuratamente preparato il duodeno e assicurata una buona visibilità del campo operatorio.

L'operazione inoltre non avrebbe potuto aver fine con l'esplorazione duodenale. C'era una certa quantità di sangue raccolto dietro il cieco e c'era da pensare alla possibilità di altre rotture intestinali (data l'entità del trauma).

Per la stessa ragione scartai l'idea di fare una duodenodigiunostomia.

Fu continuata pertanto l'incisione laparotomica in basso e si procedette allo svolgimento metodico e all'esame di tutto l'intestino, dal Treiz al cieco. Non si trovò alcuna lesione nè nell'intestino tenue nè nel suo meso nè nel colon: si rinvenne invece una discreta raccolta di sangue nel Douglas, che fu prosciugato. Un drenaggio tubolare fu lasciato nelle adiacenze della sutura duodenale avendo cura di non farlo poggiare su di essa. L'operazione è durata quarantacinque minuti.

Decorso postoperativo: Al mattino l'addome era già diventato trattabile e indolente, il polso molto migliorato, la faccia meno pallida. Fu vietata l'introduzione per os di qualsiasi liquido e tale divieto fu rigorosamente osservato per sette giorni. Ogni giorno si facevano fleboclisi e ipodermoclisi in maniera da introdurre nell'organismo per queste vie più di un litro di soluzione fisiologica isotonica. Dal tubo di drenaggio non uscì mai bile. Le condizioni generali migliorarono di giorno in giorno ed il decorso fu sempre apiretico, sì che in otto giorni si tolsero i punti. Residuò per qualche tempo una secrezione purulenta che non diede luogo ad elevazioni termiche e che presto guarì. La frattura dell'omero fu curata con estensione continua del braccio. Il paziente fu dimesso guarito.

Alcuni punti di questa storia clinica meritano particolare rilievo. Anzitutto si deve ammettere un trauma diretto alla regione addominale? Per rispondere a questa domanda non basta attenersi al fatto che mancava qualsiasi segno esterno sulla parete addominale, il quale del resto, come è noto, può mancare anche quando si è sicuri che il trauma abbia colpito l'addome, ma occorre considerare la frattura comminuta dell'omero. Ed è appunto ciò che rende verosimile l'ipotesi che il corpo, cadendo, abbia toccato il suolo con la spalla sinistra.

A questo proposito non è fuor di luogo ricordare che con la maggiore esperienza clinica si è modificata un poco la concezione che la rottura sottocutanea dell'intestino sia sempre dovuta a trauma diretto. Qualche volta si è visto una lacerazione dell'intestino per caduta dall'alto, senza trauma diretto all'addome (Lanz) o per una violenta, inaspettata trazione sul braccio esteso nel momento di una caduta (Radcliffe) o per uno sforzo violento per sollevare da terra un peso (Nieden). In quest'ultimo caso, anzi, si ebbe la rottura di quella parte di intestino contenuta in un sacco erniario scrotale.

Anche nella mia esperienza clinica registro due casi in cui era fortemente in dubbio il trauma diretto sulla regione addominale. Un giovane robusto, di 37 anni, investito da una automobile, presentava vasta ferita lacera al braccio sinistro con frattura comminuta senza alcun segno di lesione esterna alla regione addominale. La facies era normale, il polso 90 e valido ma era scomparsa l'aia di ottusità epatica ed era evidente una difesa della metà destra dell'addome sia in alto che in basso. La laparatomia, eseguita un'ora dopo del trauma, fece rilevare una rottura del lobo inferiore del fegato e una rottura dell'ileo nella sua porzione terminale, rotondeggiante, di mezzo centimetro circa di diametro.

Un secondo caso trattavasi di un motociclista investito da un'automobile. Gli fu riscontrata una ferita lacera alla coscia sinistra con frattura completa del femore. Nessuna lesione fu rilevata alla regione addominale. Dopo tre ore circa fu colto improvvisamente da vivo dolore all'addome, specialmente a destra, sotto il fegato, mentre il polso si fece frequente (110) e l'addome si mise in difesa. La laparatomia eseguita immediatamente fece constatare un pacchetto di anse ileali dilatate, ecchimotiche, di colorito brunastro. L'aspetto di queste anse contrastava nettamente col resto dell'ileo che era afflosciato e di colorito roseo. Il mesenterio corrispondente a quelle anse dilatate e di colorito brunastro era cosparso di macchie ecchimotiche. Null'altro si rinvenne all'esplorazione del fegato, dello stomaco, del duodeno, del colon.

Nel primo di questi due casi in cui si ebbe una rottura sottocutanea dell'ileo, è presumibile che il trauma abbia colpito il braccio fratturandolo, e nel secondo in cui si constatò una contusione dell'ileo, il trauma abbia colpito il femore determinandone la frattura. In ambedue i casi, le lesioni addominali con verosimiglianza debbono attribuirsi non a trauma diretto, ma a trauma indiretto.

Orbene, fatta questa digressione che, del resto, trova appiglio nell'argomento che trattiamo, e ritornando al nostro caso di rottura duodenale, può risultare giustificata l'ipotesi che il trauma non abbia colpito direttamente l'addome e che la lesione sia avvenuta col meccanismo dello scoppio.

Un altro punto della storia clinica su cui riflettere, è la mancata scomparsa dell'aia epatica. Ricordo che all'apertura del peritoneo si trovò liquido biliare nel cavo peritoneale, il che parlerebbe in favore di una perforazione intraperitoneale.

Ma si notò anche una diffusione di bile e di enfisema al disotto del peritoneo parietale. Ciò induce a pensare che la perforazione sia stata prevalentemente extraperitoneale e che soltanto qualche fessura nel peritoneo abbia permesso un versamento di bile nel cavo libero peritoneale, fessura che si sarebbe rapidamente chiusa, impedendo quindi al gas di espandersi in gran quantità nella cavità peritoneale. Del resto è noto ai chirurghi che non sempre le perforazioni acute del tubo gastroenterico si accompagnano a scomparsa dell'aia epatica.

E finalmente su un terzo punto non ometteremo di fermare l'attenzione, e cioè sul fatto che il successo operatorio fu principalmente dovuto alla precocità dell'intervento il quale, nel caso descritto, fu compiuto dopo quattro ore dal trauma e cioè a dire nel tempo utile per ottenere, come abbiamo detto al principio di questa nota, i migliori risultati.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di rottura sottocutanea della porzione sottomesocolica del duodeno per caduta dal tetto di una casa. La rottura è avvenuta verosimilmente col meccanismo dello scoppio. L'intervento eseguito dopo 4 ore dal trauma determinò la guarigione (1).

LETTERATURA.

LEIBOWICZ. Zentralblatt f. Chirurgie, 1930.

NIEDEN. Chirurgie, 1927.

MELCHIOR. *Chirurgie des duódenum*, 1917.

WULLSTEIN e WILMS. *Lehrbuch der Chirurgie*, 1916.

LUSENA. *La Società Italiana di Chirurgia nei suoi primi 30 Congressi (1883-1923)*.

SUNTI E RASSEGNE.

SECREZIONI INTERNE.

Recenti ricerche sul compito delle ghiandole paratiroidi in patologia.

(P. BOURGEOIS. *La Vie Médicale*, 10 aprile 1932).

Un recente numero del *Journal Médical Français* è interamente dedicato alle paratiroidi. Può riuscire interessante una breve analisi dei vari articoli. Una prima distinzione deve essere fatta fra sindromi ipoparatiroidee e sindromi iperparatiroidee. Mentre le prime sono facili a riprodursi sperimentalmente, le seconde sono di una realizzazione sperimentale molto più delicata.

Agli stati d'insufficienza paratiroidea è consacrato l'articolo di M. Lelong e R. Eveu. Questi due AA. si limitano allo studio della tetania infantile nel quadro della quale fanno entrare non solo in grandi accessi di contrattura delle estremità ma anche gli stati di tetania latente (segni di Chwostek e di Trousseau), i disturbi elettrici che vanno dalla semplice ipereccitabilità galvanica all'aumento delle cronassie muscolari e nervose, il laringospasmo e le convulsioni classiche dette idiopatiche. Segue una esposizione delle argomentazioni che servono di base alla teoria paratiroidea della tetania: le differenze essenziali che separano la tetania spontanea del bambino dalle tetanie sperimentali, cioè l'evoluzione più acuta della forma sperimentale, la maggiore complessità del

(1) Si rivede il malato dopo 5 mesi dall'operazione. Sta bene e non accusa affatto alcun disturbo a carico del tubo gastroenterico.

quadro nella forma infantile spontanea, non sono un ostacolo all'identificazione delle due forme, ma dipendono soltanto dalle condizioni d'apparizione degli accidenti tetanici nell'uno e nell'altro caso. Dal punto di vista terapeutico gli AA. insistono sui risultati brillanti ottenuti con l'innesto paratiroideo. Ma la medicazione calcica, l'actinoterapia ultravioletta, l'ergosterina irradiata costituiscono sempre le basi della terapia: questa è legittimata dalle concezioni patogenetiche attuali, che cioè la insufficienza paratiroidea provochi la tetania creando un disturbo del metabolismo calcico, che spiega l'ipocalcemia comune a codesti casi e creando inoltre un disturbo del metabolismo dei proteidi, che si traduce con l'aumento nel sangue della guanidina, che si sa essere un veleno convulsivante.

Se queste nozioni sull'ipoparatiroidismo sono precise e fino ad un certo punto certe, non altrettanto si può dire dell'iperparatiroidismo, la cui data d'introduzione in clinica è relativamente recente e le cui manifestazioni sono difficili a raggruppare.

Le sindromi ossee dell'iperparatiroidismo sono analizzate in un articolo di Sainton; esse sono: la *malattia di Recklinghausen*, la *malattia di Paget*, la *leontiasi ossea*, l'*osteoporosi* o *malattia marmorizzante delle ossa*.

Di tutte la più importante a conoscersi è la malattia di Recklinghausen sia per la sua frequenza sia perchè è in essa che i rapporti con le paratiroidi sono più evidenti.

In questa forma di osteite fibrocistica la sindrome umorale è costituita da tre elementi essenziali che sono: l'ipercalcemia, l'ipofosforemia, l'ipercalciuria associata all'aumentato contenuto in calcio delle feci.

L'esplorazione della regione paratiroidea permette talvolta, con una palpazione accurata, di apprezzare sulle facce laterali del corpo tiroide delle piccole masse ovoidi molli o renitenti, che vengono meglio percepite nei movimenti di deglutizione e che sono gli adenomi paratiroidei. Ma questi fatti sono relativamente rari ed anche l'esame radiologico non rivela che raramente delle immagini atipiche di interpretazione sempre delicata.

L'A. conclude che la malattia di Recklinghausen è il più spesso la risultante di una ipertrofia adenomatosa: ma è lungi dall'essere provato che le lesioni iperplastiche di altra natura siano incapaci di provocare un processo analogo o che delle infezioni acute o lente come la sifilide non possano reagire sulle paratiroidi e portare a delle reazioni estrinsecantesi nel medesimo senso. Il trattamento comporta l'ablazione del o degli adenomi paratiroidei: intervenire con precauzione, onde evitare gli eventuali accidenti di tetania post-operatoria. Sotto l'influenza del trattamento chirurgico, i disturbi funzionali si attenuano, lo stato generale migliora; le modificazioni della sindrome umorale sono meno costanti e meno nette. La radioterapia delle paratiroidi può essere usata sola o associata alla chirurgia.

Il ruolo delle paratiroidi nella malattia di Paget include lo studio dei rapporti fra questa malattia e la malattia di Recklinghausen. L'A. tende verso la teoria unicista. Egli insiste sulle forme di transizione di queste due affezioni ossee e, in particolare, nell'aspetto di questi malati, in cui il cranio e le clavicole hanno aspetto *pagetico* mentre il bacino e le altre ossa hanno l'aspetto caratteristico dell'osteite fibrocistica. Ad ogni modo l'origine paratiroidea del morbo di Paget è meno certa: in questa i casi di adenoma esistono ma sono relativamente rari: quanto alle prove biologiche queste danno dei risultati variabili secondo i casi. Quanto alle altre affezioni ossee, i loro rapporti con le ghiandole paratiroidee restano ancora nel dominio dell'ipotesi.

Esiste un reumatismo iperparatiroideo? A questa domanda cerca di rispondere l'articolo di Laporte.

In favore di questa concezione sta il caso segnalato da Leriche, nel quale un'artrite plastica anchilosante, accompagnata da ipercalcemia, è stata guarita con la legatura della tiroidea inferiore, sopprimendo così le paratiroidi un lato. Al contrario, Weissenbach e Françon hanno guarito un reumatismo deformante, con iniezione di estratto paratiroideo.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si può soltanto asserire che le ghiandole paratiroidi intervengono nel meccanismo del reumatismo cronico, ma senza che noi sappiamo nè come nè in qual misura. G. LA CAVA.

Tentativo di trattamento della sclerodermia con la paratiroidectomia.

(LERICHE e JUNG. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 15, 1931, p. 609).

Il meccanismo essenziale della sclerodermia sta in una scomparsa progressiva del tessuto connettivo, a causa di disturbi di nutrizione locale, di viziazione circolatoria legata a fenomeni vasomotorii del tipo costrittivo.

Dopo le prime applicazioni di Leriche (1922) di simpatectomia periarteriosa in casi di sclerodermia e di atrofie cutanee, i casi pubblicati da varii altri AA. hanno dimostrata la efficacia di tale terapia, di cui i risultati sono superiori a quelli di tutti i medicamenti sinora usati nelle affezioni in parola.

Ma le ricerche di Pantrier e suoi allievi misero in evidenza nella sclerodermia e nelle atrofie cutanee le modificazioni del metabolismo basale e della calcemia, la quale sarebbe marcatamente aumentata.

Ciò è stato confermato da ricerche praticate da Leriche in 5 casi di sclerodermia, nei quali ha osservato quattro volte un'ipercalcemia da gr. 0.110 a 0.112 ‰.

Perciò Leriche si è posto il quesito di ricercare se con la paratiroidectomia anatomica (estirpazione di una glandola) o fisiologica (ischemia di una glandola per resezione della terminazione dell'arteria tiroidea inferiore) si arresta l'evoluzione della sclerodermia.

L'A. ha avuto occasione di praticare tali interventi in due ammalati.

Nel primo caso si trattava di una donna di 57 a. affetta da sclerodermia con crisi vasomotrici del tipo Raynaud, di cui le lesioni avanzate occuparono la faccia, il collo, le mani ed i piedi, ed avendo causato alle dita delle mani necrosi delle falangette. L'inizio della malattia risaliva all'età di 45 a.

Nel 1924 era stata operata da altri di simpatectomia omerale bilaterale.

L'ammalata presentava ipercalcemia (grammi 0.11 ‰).

In un primo intervento (15 gennaio 1931) ramisezione cervicale inferiore sinistra. Legatura e resezione dell'arteria tiroidea inferiore sinistra. Seguì scomparsa delle crisi dolorose, detersione e cicatrizzazione delle ulcerazioni; discesa del tasso di calcemia a gr. 0.098 ‰. Con un secondo intervento praticò la ramisezione cervicale inferiore destra, l'asportazione del ganglio stellato e della paratiroide inferiore di destra.

La calcemia di poi si ridusse a gr. 0.82 ‰, e si ebbe scomparsa completa dei disturbi trofici agli arti superiori ammalati, la cute del viso ritornò in condizioni normali.

Tali miglioramenti si estesero anche agli arti inferiori dopo la simpatectomia periiliaca esterna bilaterale, praticata il 10 febbraio c. a.

Il 2° caso si riferisce ad una donna di 60 anni; in essa dalla età di 37 anni lievi disturbi circolatorii a carico degli arti inferiori, accentuatisi dai quarantaquattro anni in poi, con notevoli disturbi degli arti inferiori gradualmente accentuantisi; dolori vivissimi ed alterazioni trofiche della cute fino al ginocchio: le lesioni erano maggiori al dorso ed al collo del piede, ed alle regioni sopramalleolari. Ipercalcemia (gr. 0.122 ‰), diminuzione del calcio nelle urine.

L'intervento (legatura dell'arteria tiroidea inferiore di d.), praticato il 27 marzo 1931 è stato seguìto da un abbassamento della ipercalcemia (0.078 ‰). Miglioramento dei fenomeni clinici e cessazione della sindrome dolorosa, che era intensissima prima dell'operazione.

Da ciò gli AA. concludono che la sclerodermia è una malattia chirurgica e si può agire su di essa con operazioni diverse sul simpatico e con la paratiroidectomia. V. JURA.

Tecnica della paratiroidectomia.

(CHIFOLIAU e AMELINE. *Journ. d. chir.*, t. 38, n. 5, 1931).

Premessi alcuni ricordi anatomici — dai quali risulta che le paratiroidi sono situate nella loggia tiroidea, all'infuori della capsula propria della tiroide; che esse sono in numero variabile da 2 a 3, raramente 4; che la più costante è la paratiroide inferiore, situata sulla faccia posteriore dei lobi laterali a livello del polo inferiore, e che su questa perciò conviene agire.

Ch. e A. espongono i diversi tempi della tecnica che a loro si è dimostrata la migliore.

Incisione a cravatta, di Kocher, che permette di esplorare i due lobi. Si sezionano successivamente la pelle, il sottocutaneo, il pellicciaio, l'aponevrosi cervicale superficiale con le vene che vi decorrono previa legatura, e i piani muscolari costituiti dai m. sterno-ioideo, omo-ioideo e sterno-tiroideo. Si entra così nella loggia tiroidea.

Si libera per via ottusa il margine esterno di un lobo laterale legando e sezionando la vena tiroidea media. Il lobo viene lussato e ruotato in modo che la sua faccia posteriore guardi francamente in avanti. Si cerca allora la paratiroide; prima esplorando attentamente tutta la faccia posteriore del lobo fino al di sotto del polo inferiore e poi portandosi all'esterno verso il punto di sfioccamento della arteria tiroidea inferiore. La paratiroide ha la forma e il volume di un grano di caffè, ha superficie lievemente lobulata ed è sempre ben delimitata e nettamente incapsulata. La si può asportare senza legarne il peduncolo. Cause di errore possono essere: l'esistenza di piccoli lobuli tiroidei sporgenti sotto la capsula propria con tendenza a esteriorizzarsi, la presenza nella loggia tiroidea di tiroidi accessorie e infine la confusione con certi lobuli di grasso frequenti alla biforcazione della tiroidea inferiore. Perciò Ch. e A. consigliano, una volta repertata la paratiroide inferiore da un lato, di ripetere le identiche manovre dall'altro lato — con la qual cosa accade spesso di avere un reperto più sicuro — e di procedere seduta stante al controllo istologico senza del quale la paratiroidectomia non può avere valore scientifico.

Ricostruzione accurata dei piani lasciando per 24 ore un piccolo drenaggio nella loggia tiroidea. G. PACETTO.

L'estratto tiroideo come agente terapeutico: alcune indicazioni, risultati e difficoltà della cura.

(H. GARDINER-HILL. *The Practitioner*, dicembre 1931).

L'estratto tiroideo è stato consigliato in diecine di malattie: cretinismo, mixedema, gozzo semplice, ottusità mentale, insufficiente o ritardato sviluppo dei bambini, obesità, disturbi mestruali, sterilità, aborti ripetuti, alcune malattie cutanee, asma, urticaria, enuresi, colite mucosa, epilessia, m. di Raynaud. Tutte queste indicazioni dell'estratto tiroideo non

si possono accettare (così p. es., è inefficace nell'epilessia).

Su 101 casi di mixedema visti dall'A., in 50 l'insufficienza tiroidea fu scoperta in occasione di una visita medica per malattia intercorrente, mentre in 51 il p. si lamentava di disturbi che si possono riferire alla tiroide: gonfiore della faccia e di altre parti del corpo, senso di debolezza, parestesie, sonnolenza, facile stanchezza, menorragie, senso di freddo, alterazione della voce, perdita di capelli e della memoria, obesità, reumatismo cronico.

L'estratto tiroideo si deve usare solo se c'è deficienza tiroidea. Se la diagnosi è dubbia, si deve vedere il metabolismo basale che è sempre diminuito nell'ipotiroidismo.

Nei bambini la deficienza tiroidea dà evidenti alterazioni dell'accrescimento, ritardo dello sviluppo sessuale e mentale. Queste alterazioni possono dipendere da altre cause, ma se sono tutte unite nello stesso individuo è più probabile che la tiroide ne sia la causa. Lo sviluppo insufficiente è quello che più è influenzato dalla cura tiroidea, mentre più difficile è il miglioramento mentale, che però è più spiccato se la cura si inizia precocemente.

Nel gozzo, l'estratto tiroideo non si deve adoperare negli stadi precoci, in cui per lo più ci sono segni d'ipertiroidismo; esso va adoperato solo a malattia avanzata se esistono manifestazioni di deficienza tiroidea.

Per quanto riguarda i disturbi ginecologici, l'amenorrea si ha nell'insufficienza tiroidea che è cominciata nell'infanzia, mentre nelle adulte si hanno menorragie; tutt'e due queste condizioni migliorano coll'opoterapia tiroidea.

La sterilità è comune nel mixedema, mentre nelle forme blande di insufficienza tiroidea si ha la possibilità di concepire una facilità agli aborti; anche la cura può essere efficace.

La cura tiroidea nell'obesità è indicata se questa è endogena, però anche nell'obesità endogena il successo terapeutico può essere scarso se la malattia durava da lungo tempo; alla cura opoterapica è bene associare quella dietetica in questi casi.

Nel reumatismo cronico l'A. ritiene efficace l'estratto tiroideo in vari casi e precisamente in quelli in cui esistono altri segni evidenti di insufficienza tiroidea.

I benefici della cura tiroidea sono spesso appariscenti. L'A. ritiene che la forma di somministrazione dev'essere quella dell'estratto disseccato. In tutti i casi si comincia con piccola dose e si aumenta progressivamente ogni settimana finchè si trova la dose ottima.

I pericoli della cura sono quelli dell'intossicazione da estratto tiroideo che si manifesta con tachicardia e perdita di peso. Se durante la cura sopravvengono malattie infettive si deve sospendere la cura perchè sono facili le intossicazioni. Nei giovani la cura va fatta regolarmente e continuamente. R. LUSENA.

Il trattamento dell'ipercolesterolemia con la tiroxina.

(M. M. LÉVY e E. LÉVY. *Presse Méd.*, 13 febbr. 1932).

Epstein e Lande studiando sistematicamente in un gran numero di pazienti il metabolismo basale ed il tasso del colesterolo costatarono che un tasso di colesterolo elevato si riscontra nei soggetti a metabolismo basale abbassato mentre un tasso di colesterolo normale o al di sotto del normale va di pari passo con una elevazione del metabolismo basale. Epstein propose pertanto, come trattamento delle nefrosi lipoidee, l'istituzione di un regime ricco di azoto accompagnato ad ingestione di estratti tiroidei a dosi molto elevate.

Partendo da questi fatti gli AA. si sono domandati se non fosse possibile trattare i soggetti affetti da ipercolesterolemia con l'opoterapia tiroidea. Al principio delle loro esperienze si sono serviti di un estratto tiroideo in ragione di 0,05 fino a 0,10 gr. ingeriti il mattino a digiuno durante 8-10 giorni; solo eccezionalmente, in presenza di forti ipercolesterolemie e quando il malato tollerava bene il prodotto, la dose fu portata a gr. 0,20-0,30 per giorno, senza osservare alcun disturbo. Il trattamento veniva continuato ogni mese fino a che il tasso del colesterolo diveniva normale. Più tardi gli AA. hanno sostituito all'estratto tiroideo la tiroxina sintetica, in ragione di 2-3 compresse di mezzo milligrammo il mattino a digiuno per un periodo di 8-10 giorni ogni mese. Infine in certe circostanze somministravano la tiroxina per iniezioni endovenose di un milligrammo, due volte la settimana.

Dall'analisi dei numerosi casi trattati, gli AA. traggono le conclusioni seguenti:

1) Nei soggetti affetti da ipercolesterolemia la somministrazione di tiroxina riporta il tasso del colesterolo alla norma.

2) Questo trattamento deve essere condotto con prudenza e deve essere accompagnato: *a*) dal dosaggio del colesterolo del sangue prima di cominciare il trattamento, immediatamente dopo l'ultima iniezione, quindici giorni più tardi, poi ogni 6-8 settimane; *b*) dalla sorveglianza del peso. La comparsa di stanchezza, di anoressia deve consigliare sia la diminuzione della dose iniettata sia il distanziamento delle iniezioni. Questi disturbi non si osservano mai quando la tiroxina è somministrata per via buccale alle dosi indicate.

3) La tiroxina per via endovenosa sembra essere la forma terapeutica che dà i risultati più brillanti, più rapidi, più costanti.

4) Si inietteranno 6 milligr. di tiroxina endovenosa non oltrepassando la dose di 1 mil-

ligrammo per iniezione in ragione di due per settimana. Nei soggetti particolarmente tolleranti si può arrivare a tre iniezioni per settimana; nei soggetti intolleranti si può fare una serie di 6 milligr. non oltrepassando la dose di mezzo milligrammo per iniezione.

5) Se il tasso del colesterolo rimonta si praticherà immediatamente una seconda serie di iniezioni oppure si somministrerà della tiroxina per via buccale (da 10 a 15 milligrammi in 8-10 giorni).

Si potrà così essere portati a fare assorbire al paziente tutti i mesi una certa dose di tiroxina, la durata e l'intensità di questo trattamento essendo regolato volta a volta dalle variazioni del colesterolo del sangue e dalle reazioni del malato. C. Toscano.

La cura dell'obesità. Confronto degli effetti della dieta con quelli dell'estratto tiroideo.

(D. M. Lyon e D. M. Dunlop. *The Quarterly Journ. of Medec.*, aprile 1932).

L'adulto ha la capacità di mantenere per lo più costante il proprio peso anche con notevoli variazioni nell'alimentazione. Gli obesi però tendono ad accumulare come grasso ogni eccesso di calorie e per questo la dieta è una delle cure più consigliate per l'obesità.

Gli AA. hanno studiato i risultati della dieta e quelli della somministrazione di estratto tiroideo in 35 obesi.

Per quanto riguarda la dieta, una dieta con poche calorie è ben sopportata e dà, come risultato più notevole, una perdita di peso in tutti gli obesi. Con una dieta ridotta a 1000 calorie, la perdita di peso è stata in media di 172 gr. al giorno. Diete di 300-500 calorie, che furono seguite per pochissimo tempo in obesi non febbricitanti ma con crisi dolorose, o nausea, diedero perdita di peso anche maggiore. (Da 200-1400 gr. in 24 ore).

Nella perdita di peso da dieta ci sono oscillazioni quotidiane dovute all'ingestione di acqua e, nelle donne, al periodo mestruale. Colla dieta si raggiunge una certa riduzione di peso oltre la quale il peso si mantiene costante; questo fatto era stato osservato da Luciani, il quale rappresentava il fenomeno con una formula iperbolica.

La perdita di peso è inversamente proporzionale alla quantità dei carboidrati somministrata.

In alcuni obesi non si riesce ad ottenere colla solo dieta una notevole riduzione di peso; e allora bisogna ricorrere all'estratto tiroideo. Questo mostra la sua azione solo dopo 2-3 giorni dall'inizio della cura e la cura è tanto più efficace quanto maggiore è la dose di tiroidina.

Nei riguardi del metabolismo basale, questo si è sempre abbassato colla dieta (e lo stesso si sa che succede nel digiuno) senza che ne risenta l'attività del paziente, mentre colla tiroidina il M. B. per lo più si innalza.

L'eliminazione urinaria dell'azoto è aumentata tanto colla dieta che coll'estratto tiroideo.

L'eliminazione dell'acqua è maggiore colla dieta più scarsa; essa aumenta pure coll'estratto tiroideo.

La perdita di peso colla dieta sembra dipendere da perdita che subisce l'organismo in grassi e acqua, mentre coll'estratto tiroideo si ha perdita maggiore di acqua e di proteine.

R. Lusena.

Sindrome di Simmonds con esito in guarigione.

(M. Lucacer. *La Rif. Med.*, 9 aprile 1932).

Il p. è un muratore di 19 a., da Palermo, con anamnesi familiare negativa. Sino dall'infanzia ha dimostrato deficienza psichica ed il suo sviluppo somatico si è fermato a 15 a. Da tale età non è più cresciuto ed ha continuato a presentare scarso sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Nel marzo 1930 ha cominciato ad accusare svogliatezza al lavoro, profonda astenia, cefalea frontale, dolori addominali diffusi ed ha cominciato ad avere diarrea ed a dimagrare. Dopo un mese dovette mettersi in letto.

Al suo ingresso in Clinica (7-VI-1930) fu scritto il seguente esame obbiettivo: ammalato notevolmente denutrito: altezza m. 1,48, peso Kg. 28. Passa tutto il giorno a letto, è indifferente e apatico.

Pelle pallidissima, cerea, faccia glabra, scarsi i capelli, assenti i peli alle ascelle e quasi al pube. Cianosi ungueale.

Nulla all'apparato respiratorio.

Polso radiale piccolo, ritmico, di frequenza 39. Aia cardiaca piccola, itto nel IV spazio di S.

Addome leggermente globoso: finissimo reticolo venoso nelle regioni laterali; la palpazione risveglia dolore nei quadranti inferiori. Fegato e milza nei limiti.

Genitali esterni scarsamente sviluppati.

Pressione arteriosa (Vaquez): massima 80, minima 55.

Urine: 900 cc. p. d.; densità 1008; cloruri 1,12 ‰.

Prova dell'acqua: scarsa eliminazione.

Prova di concentrazione: 1010-1011.

Un carico di gr. 10 di NaCl dà comportamento anormale: ritenzione quasi completa del cloruro di sodio.

Esame del sangue: gl. r. 1.600.000; emoglobina 35 %; val. glob. 0,91; gl. b. 3100; piastrine 250.000.

Wassermann (sangue e liquor): negativa.

Ricambio basale — 46.

Glicemia 1 ‰; magnesiemia 1,80 %; calcemia 8,9 %.

Succo gastrico: anacloridria ed achilia.

Esame radiologico del cranio: sella di forma ovoidale, di dimensioni ridotte a causa di notevole ipertrofia dei processi clinoidei. Il contenuto sellare presenta un nucleo centrale di opacità a contorni poco netti che sfuma in mezzo al tessuto trasparente ipofisario.

Durante la degenza in Clinica, per circa tre mesi il p. ha avuto crisi diarroiche di feci semiliquide senza muco, nè sangue, che cessavano sotto l'influenza dei comuni astringenti. Temperatura sempre afebbrile; polso 39-60; respira 16-40; orine p. d. 900-1400.

Si tentò terapia con arsenico, calcio, vitamine D, ma senza risultato.

Alla metà di novembre fu iniziato trattamento con estratto di lobo anteriore di ipofisi per via sottocutanea e per circa un mese.

Dopo poche iniezioni le condizioni del p. cominciarono a migliorare: la sonnolenza e l'adinamia scomparvero, comparve l'appetito, migliorò la crasi sanguigna ed il peso in un mese salì di 10 Kg.

Nel mese di febbraio nuova somministrazione del medicinale per bocca e nel marzo di nuovo per iniezioni.

Nel maggio il peso era di Kg. 48, la pressione arteriosa 105-60, il polso fr. 76. Sangue: gl. r. 5.100.000, emoglobina 96 %; gl. b. 6500.

Urine: 1400, densità 1021.

Alla prova di concentrazione: 1030.

Metabolismo basale: normale.

Magnesiemia: 6,50%.

Il p. riveduto di recente dall'A., è apparso in buone condizioni di salute, gli sono ricresciuti i capelli, i peli al pube ed ascelle ed i baffi.

Gli organi genitali si sono molto sviluppati.

Il caso descritto offre un esempio classico della Sindrome di Simmonds ed ha di particolare la purezza e la eccezionale completezza sintomatologica.

L'A. si sofferma a discutere sulla natura e sulle cause della affezione ipofisaria in oggetto.

Esclude una cachessia ipofisaria di origine sifilitica, tubercolare, neoplastica, e così pure una ipofisite acuta primaria, od un ascesso ipofisario.

Invoca una anomalia costituzionale dell'ipofisi, sconosciuta nella sua essenza. La lesione secondo l'A. risalirebbe alla infanzia e potrebbe essere stata determinata da qualche infezione fugace.

La sindrome in studio sarebbe stata provocata da una brusca rottura di un equilibrio eccitabile, mantenuto dalla ipofisi alterata.

Con la terapia ormonica è stato ottenuto nel caso in questione il massimo effetto curativo finora registrato, ma l'A. non si sente con ciò autorizzato a giudicare il p. del tutto guarito: egli lo considera come un ipofisario latente.

Nè altrimenti si potrebbe spiegare il contrasto fra le lesioni dell'ipofisi di natura in parte irreversibile (V. reperto radiologico) e l'apparente guarigione completa. VICENTINI.

ORGANI DIGERENTI.

I risultati lontani delle operazioni nel cancro dello stomaco.

(HARTMANN. *Paris Méd.*, n. 14, 1932).

L'A. fa rilevare, anzitutto, come di tutti i neoplasmi quello dello stomaco dia una mortalità più accentuata. Nei casi di inoperabilità, la semplice laparotomia esplorativa, purchè fatta con la dovuta tecnica e senza manovre brusche, alle volte è stata seguita da temporaneo miglioramento nelle condizioni generali, miglioramento però di breve durata e che non ha mai sorpassato i 7 mesi; nei casi in cui oltre che il tumore era avanzato e che esisteva stasi gastrica, praticando una semplice gastroenterostomia, specie nei casi di stenosi serrata del piloro, i vantaggi sono stati notevoli sia per il miglioramento delle condizioni generali di nutrizione sia anche per l'attenuazione dei dolori. L'A. ha avuto casi in cui per circa 18 mesi e due anni le condizioni si sono mantenute stazionarie, per poi peggiorare fino alla morte. Considerato il risultato palliativo della gastroenterostomia l'A. si domanda se con la gastrectomia si potranno ottenere delle guarigioni durature. Ricorda come la prima pilorectomia sia stata praticata da Péan, a Parigi, nel 79 e la seconda da Ridygier nell'80. I due malati morirono. La prima vera guarigione fu ottenuta dal Billroth, a Vienna, nel 1881. Il Wöllfler nel 1896 ricorda 24 casi che sono sopravvissuti da 2 a 8 anni all'intervento. Il Kocher, nel 1904, al Congresso Francese di Chirurgia, ricordò dei casi sopravvissuti 5, 6, 7, 9, 11 anni. Il Lériche nel 1906, su 94 osservazioni, ricorda sopravvivenze di 3 anni senza recidive. Hayem nel 1925 rammenta una sopravvivenza di 25 anni. Nel 1926 Delore riferisce la propria statistica ricordando come 26 operati morirono nel primo anno, 25 nel secondo, 10 nel terzo. Ventidue sopravvissero più di 3 anni ma di questi 10 morirono in seguito per recidiva. L'A. riferisce la propria statistica dal 1897 al 1926 comprendente 126 interventi. Quarantacinque casi sono stati non seguiti da recidiva, 7 sono morti per altra affezione, in 13 non è stata potuta precisare la causa della morte, 80 sono stati seguiti da recidive e di questi più precisamente 31 nel corso del 1° anno, 35 nel secondo, 8 nel terzo, e 6 nel quarto.

Queste recidive non si osservavano che eccezionalmente sulla mucosa gastrica. Nelle autopsie praticate l'A. una sola volta l'ha riscontrata in detta sede mentre ha trovato con costanza neoplasma metastatico nei gangli al davanti della colonna vertebrale, nel pancreas, comprimente alle volte le vie biliari; in 2 casi ha trovato metastasi vertebrale e in un certo numero di osservazioni una peritonite neoplastica.

Negli operati di gastrectomia si può riscontrare lo sviluppo di un tumore metastatico oppure di un tumore indipendente dal primitivo.

Dopo una resezione gastrica è possibile fare una prognosi lontana? Sembra che la varietà istologica del tumore abbia la sua importanza secondo Schönbauer e Orator.

L'analisi del succo gastrico per alcuni Autori ha un certo valore prognostico. Pauchet e Hirschberg affermano che la presenza di acido cloridrico libero è di prognosi favorevole, mentre Hartmann e Mayo sono di opinione contraria. L'essenziale è di poter togliere in totalità le parti invase dal neoplasma, tenendo presente le vie che segue normalmente il neoplasma per la sua diffusione. Nella Clinica di Hartmann Cunéo ha, per molti anni, esaminati i pezzi anatomici asportati ed ha potuto notare che, eccettuati i cancri del corpo dello stomaco, nei casi in cui si è praticata la gastro-pilorectomia, a occhio nudo, si nota che dal lato duodenale il tumore è molto limitato mentre dal lato dello stomaco si estende a distanza specialmente lungo la piccola curvatura. Microscopicamente Cunéo ha notato che l'invasione dalla parte del duodeno esisteva nel 37 % dei casi e non si estendeva per più di 4 o 5 mm. e raramente per 1 centimetro; contemporaneamente giungeva alle stesse conclusioni, nella Clinica di Breslau, il Bordmann. Spetta al Cunéo il merito di avere bene studiato inoltre i tronchi e i gangli linfatici dello stomaco; quelli della piccola curvatura infatti si debbono considerare come più invasi mentre invece quelli della grande curvatura sono meno soggetti all'invasione.

Esiste inoltre un gruppo di gangli retropilorici a livello del bordo inferiore del pancreas. Per mettersi al sicuro quindi dalle recidive bisogna legare la branca destra della coronaria al disopra dei gangli. Il gruppo ganglionario situato lungo la gastro-epiploica è facile ad estirparsi.

Quello che è importante dissecare con cura è il gruppo posteriore che si estende spesso fino al disotto del bordo inferiore del pancreas, e la cui asportazione è facilitata dalla legatura preliminare dell'arteria gastroduodenale. Molti dei malati operati dall'Autore sono morti in seguito a peritonite cancerosa, che potrebbe evitarsi non facendo tutte le manovre che possono determinare la disseminazione delle cellule cancerose del peritoneo. L'essenziale è di fare però una diagnosi precoce, perchè allora solo i risultati saranno eccellenti considerato che il cancro dello stomaco è un buon neoplasma dal punto di vista operatorio e potrebbe divenire uno dei migliori tenendo presente tutti i consigli su accennati.

T. Laurenti.

Il trattamento della malattia di Hirschsprung.

(Laqua. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, 151, 3).

Dalla relazione di Neugebauer del 1913 sono comparse oltre 150 comunicazioni su questo argomento.

Il trattamento medico che viene tentato nelle prime epoche della malattia consiste in una dieta con sostanze che lasciano pochi residui prolungando al massimo l'allattamento materno e nell'uso dei purganti che però fanno peggiorare le condizioni o meglio dei clisteri specialmente con olio. Göppert usa con vantaggio oltre il clisma il drenaggio a permanenza. Gli altri mezzi come bagni elettrici, faradizzazioni, massaggi sono inutili se non pericolosi.

Con un trattamento conservativo possono raggiungere l'età adulta il 60 % dei bambini malati.

Nel caso che vi si associno spasmi e anelli di contrattura che servono a mantenere la dilatazione del colon è utile la somministrazione di oppio, di estratto di belladonna, di atropina. Höper usò in un caso la fisiostigmina che agirebbe sul simpatico; Berger ha avuto vantaggio dalla pituitrina, Solano dalla stricnina.

Dal 1913 sono stati operati 128 casi con una mortalità del 12 %.

I metodi chirurgici si possono dividere in palliativi e radicali.

Fra i palliativi sono la colonplicatio usata una volta da Viscontini sul trasverso con buon risultato, la colotomia quando si accoppia un tumore fecale, la detorsione quando esiste un volvolo parziale della flexura.

La fistola intestinale o l'ano con una mortalità del 6 % rappresentano un triste capitolo che si deve riportare a insufficienza di sutura con conseguente peritonite. È da riportare però un caso di Mayet e Monnier in cui un ano portò in alcuni anni alla guarigione clinica e anatomica seguita dalla chiusura spontanea dell'ano stesso. L'ano è stato fatto a destra o a sinistra, nel cieco o nel sigma.

Sono stati operati 30 con anastomosi: rettosigmoidostomia, ileosigmoidostomia, trasversosigmoidostomia, intersigmoidostomia.

Ma l'appunto che si fa a queste esclusioni del colon è che una parte del contenuto intestinale segue l'antica via e produce dei danni ancora maggiori. Se poi aggiungiamo che tali operazioni danno una mortalità del 13 % vediamo che non hanno grande importanza nella cura del megacolon, nemmeno come operazione preliminare per fare poi l'asportazione. Il metodo di scelta rimane oggi la resezione che può essere fatta in uno o più tempi.

Neugebauer ha visto che la resezione in un

tempo dà una mortalità del 26 % e quella in più tempi del 5 %.

L'A. su 76 casi raccolti nei quali fu fatta la resezione ha notato 12 casi di morte (una mortalità complessiva del 16 %) di cui 10 su 40 resezioni in un tempo (25 %) e 2 su 36 resezioni in più tempi (6 %).

Sulla modalità della resezione in uno o più tempi non ci sarebbe discussione ma è bene vagliare caso per caso la condotta: se l'intestino è pieno di masse fecali che non sono state tolte prima dell'operazione con lavaggi non è indicata la resezione in un tempo occorrendo un ano preliminare.

Che l'operazione in due tempi sia preferibile è dimostrato da 5 guarigioni ottenute in bambini molto piccoli da 11 mesi a 3 anni di età quando si pensa che la mortalità operatoria complessiva nei bambini al disotto di 6 anni è del 48 %. Su 4 bambini operati con resezione in un tempo morirono 2.

Su 36 resezioni in più tempi 21 volte fu adoperato il metodo di Mikulicz, 9 volte quello di Hochenegg, negli altri metodi atipici.

Vi è ancora un'altra questione: si deve fare la resezione parziale o la colectomia totale?

Per quante ricerche moderne di Baudin e Carnot abbiano dimostrato che nella parte prossimale del colon venga assorbita una certa quantità di albuminoidi e in quella distale dell'acqua, la pratica ha dimostrato che la colectomia totale non apporta alterazioni gravi durature e le feci dapprima liquide si regolarizzano in circa 6 mesi fino al normale, fatto dimostrato con le colectomie totali per stitichezza cronica.

Sul metodo moderno proposto da Barthe Royle e Adson della ramisezione lombare con la resezione dei rami comunicanti L-I e II ulteriori ricerche potranno dare un indirizzo.

R. BRANCATI.

La duodenopessia associata alla sospensione del segmento piloro-duodenale. (Trattamento del duodeno mobile parziale).

(DUVAL e PATEL. *Journ. d. chir.*, t. 39, n. 2, 1932).

La mobilità del duodeno rappresenta un capitolo nuovo e assai imortante della patologia duodenale. Dopo il lavoro di Miyake (1916) si è visto che questa anomalia è molto più frequente di quanto non si creda, almeno dal lato radiologico; chè dal lato clinico solo di rado si manifesta con disturbi di una certa entità. Questi si insediano solo quando la mobilità abnorme di una porzione del duodeno abbia determinato inflessioni e stenosi, con la individualizzazione schematica di due sindromi, secondo la sede sopra- o sotto-vateriana dell'inflessione: la prima forma è caratterizzata solamente da disturbi dell'evacuazione gastro-duodenale; nella seconda a questi disturbi si aggiungono quelli dell'escrezione biliare e pancreatica.

La maggior parte dei malati, con un regime dietetico adatto e sopratutto prendendo determinate posizioni dopo i pasti (decubito dorsale), riescono a mitigare e talora a far cessare i loro disturbi ed è così che si spiega come il *duodeno mobile* solo di rado richieda un trattamento operatorio. Infatti D. e P. su 50 casi radiologicamente certi hanno avuto occasione di intervenire chirurgicamente solo 2 volte.

Si può rimediare alla stasi duodenale con metodi di *derivazione* (duodeno-digiuno-stomia) e con metodi di *fissazione*. La fissazione del duodeno è, *a priori*, più seducente perchè più anatomica e diversi metodi sono stati proposti a tale scopo.

La fissazione diretta alla parete addominale anteriore è da rifiutare perchè causa stiramenti e dolori.

Miyake realizza la sospensione del duodeno per mezzo di plicature del piccolo epiploon; ma con risultati lontani poco soddisfacenti, tanto che sucessivamente ha preferito fissare il duodeno (2ª porzione) al peritoneo parietale posteriore con una tecnica simile a quella di Wilms per la ciecopessia. Ma con tal metodo, potendosi al massimo fissare il duodeno fino al *genu superius*, la prima porzione duodenale rimane sempre mobile e, attirata in basso dallo stomaco, determina una gomitatura più in alto di quella preesistente. È perciò che D. e P. associano alla pessia la *sospensione del segmento antro-piloro-duodenale*.

La sospensione si può fare per mezzo di una striscia aponeurotica prelevata dalla guaina di uno dei m. retti, peduncolata in alto, che viene introdotta nell'addome attraverso uno spazio intercostale, fissata alla piccola curvatura della regione piloro-duodenale e quindi suturata al suo estremo con il legamento rotondo o col bordo costale. È il processo impiegato da Lambret per la ptosi gastrica.

D. e P. preferiscono utilizzare il legamento rotondo del fegato adottando il metodo già adoperato da Perthes per la gastropessia e associandovi la fissazione della 2ª porzione del duodeno al peritoneo parietale posteriore prerenale.

Dopo aver spostato a sinistra il duodeno mobile s'incide il peritoneo parietale posteriore resecandone un piccolo tratto di forma triangolare. Il duodeno rimesso a posto viene allora a posarsi su una zona sprovvista di peritoneo alla quale potrà aderire: la fissazione viene consolidata con una sutura a punti staccati che riunisce il margine esterno di resezione del peritoneo posteriore al bordo esterno del duodeno.

Il legamento rotondo viene sezionato al suo attacco ombelicale e dissecato verso l'alto incidendo sul legamento falciforme qualche millimetro al di sotto del suo bordo inferiore in

modo da lasciarne aderente una sottile striscia e risparmiare così i rametti arteriosi provenienti dall'arteria epatica media di Haller. Il legamento rotondo viene quindi fissato per infossamento al segmento antro-piloro-duodenale, dal *genu superius* fino alla parte inferiore della piccola curvatura, e il suo estremo libero viene suturato alla faccia profonda dell'inserzione costale del m. retto sinistro.

I risultati come D. e P. han potuto constatare in un caso, radiologicamente e clinicamente, sono assai soddisfacenti dal punto di vista anatomico e funzionale.

Il metodo perchè dia buoni risultati è, logicamente, indicato nei casi di duodeno mobile parziale, non associato a ptosi di altri visceri e tanto meno a ptosi generalizzata.

G. PACETTO.

ORGANI GENITALI.

Un caso di torsione bilaterale del cordone spermatico.

(BAY KENNETHE WALKER. *The British Journ. of Urology*, dicembre 1931, n. 4).

L'A. ricorda un caso di un ragazzo di 15 a., che, 2 mesi prima, nel testicolo sin., avendo notato una tumefazione dolente — insorta dopo un esercizio in modo brusco, sebbene prima avesse causato leggeri dolori locali — venne ricoverato in ospedale per tre, 4 settimane con diagnosi di epididimite acuta. Durante la degenza presentò: febbre; pene e scroto edematosi; testicolo sin. molle e dolente. Dopo 3 mesi migliorò al punto da rifrequentare la scuola, ma dovette presentarsi all'ospedale della stessa, perchè la scroto d. si era tumefatto ed una settimana prima era stato sede di un dolore modico.

L'A. riscontrava allora: a d. scroto rosso, testicolo tumefatto, grosso quanto un uovo e molle; sacco vaginale con una piccola quantità di liquido. A sin. testicolo della grandezza di un vago d'uva e più duro del normale. Con pressione moderata non si otteneva la sensibilità testicolare. Prostata e vescichetta normali. Urina chiara, senza pus.

Diagnosi di torsione e consiglio di un intervento esplorativo che mostrò: il cordone attorcigliato al di sopra del livello dell'epididimo; tutto il testicolo cangrenoso e il sacco vaginale pieno di un liquido ematico. Il testicolo non fu tolto (per richiesta dei parenti); si girò nello scroto e vi si pose un tubo di drenaggio. La convalescenza, eccetto un po' di sepsi nella parte inf. della ferita e l'asportazione di una certa quantità di tessuto testicolare, fu normale. Nel lato opposto le condizioni sono rimaste invariate; la sensibilità testicolare è presente.

La torsione di entrambi i cordoni, che occorre entro un breve periodo, è un fatto raro; l'A. nella letteratura non ha trovato alcun caso. La vera etiologia s'ignora; si pensa generalmente ad un'anomalia anatomica, ma d'altra parte la maggiore frequenza della torsione nei casi di testicolo ritenuto, non è l'unica ragione di conferma. Nel 66 % dei casi raccolti da Corner fu constatata un'anomalia congenita.

In quei casi in cui il testicolo è sceso completamente nello scroto, spesso esistono movimenti anormali e alle volte l'asse lungo dell'organo invece che verticale è orizzontale; allora i vasi spermatici del globus maior e il vaso del *globus minor* dànno al cordone la forma di un triangolo con base sull'epididimo e apice sull'anello est. Con un testicolo così lungo, il paz. aveva avuto ogni tanto dolori nel lato opposto; se fosse stata conosciuta la condizione, il chirurgo con una pessia del testicolo avrebbe potuto evitarne i movimenti anormali.

È sempre consigliabile esplorare e fissare anche l'organo del lato opposto, essendo possibile un'anomalia congenita bilaterale anche quando i disturbi si constatarono in un solo lato.

SCANDURRA.

Le complicazioni genitali della colibacillosi nell'uomo.

(STROMINGER. *Presse Méd.*, n. 45, 1931).

Sarebbe un errore credere che la sindrome di Heitz-Boyer si limiti ai disturbi reno-vescicali poichè sono possibili diverse altre localizzazioni del b. coli migrato dall'intestino per via sanguigna. Una localizzazione frequente nell'uomo è quella genitale.

L'uretra, la prostata, le vescicole, il didimo, l'epididimo possono essere affetti senza una concomitante infezione dell'apparato urinario superiore. L'A. riporta 5 casi di queste varie localizzazioni, tutti con un passato di disturbi intestinali e qualcuno anche precedentemente operato per tali disturbi.

Quanto all'uretrite: le forme primitivamente gonococciche con associazione secondaria del b. coli non sono da considerare qui, perchè il coli proviene dall'esterno. Vi sono invece malati affetti da colibacillosi che contraggono un'uretrite gonococcica la quale presenta un decorso differente e guarisce difficilmente fino a che non si pensa al b. coli e non si completa il trattamento curando anche fin da principio la colibacillosi. Perciò l'utilità di un esame batteriologico scrupoloso della secrezione e delle urine per mettere in evidenza fin da principio la presenza del coli.

Una localizzazione frequente è la prostatite sia in forma cronica che in forma acuta, con ascesso e con tutti i segni locali e generali delle flogosi acute.

Meno frequente è la localizzazione al didimo e all'epididimo, la quale si presenta

spontaneamente senz'alcuna infiammazione uretrale nè introduzione di sonde, in persone affette da colibacillosi; ha un decorso acuto, migliorano e può anche guarire spontaneamente, ma dopo un certo tempo si ripresenta finchè non s'istituisce un trattamento contro la colibacillosi. Talora ha un decorso cronico e può mentire la tubercolosi. In un caso personale l'A. ha guarito un'epididimite recidivante, in un malato con calcolo vescicale, legando il deferente. Questi casi sono molto istruttivi perchè dimostrano che l'epididimite non guarisce se non si elimina la causa che intrattiene la colibacillosi (calcolosi, prostatite, restringimento).

In tutti i casi l'A. ha ottenuto la guarigione con trattamento autovaccinico, talora associato a un vaccino del commercio, aggiunti al trattamento locale. G. PACETTO.

Trattamento operatorio della criptorchidia.

(SCHOEMAKER. *Presse Médicale*, 1931, n. 6).

L'A. descrive un metodo di cura per la criptorchidia che consiste, nella sua parte originale, nei seguenti tempi:

Isolato, come di solito, il testicolo dal canale inguinale e apertasi ottusamente una via per introdurlo nello scroto, si incide nel fondo dello scroto la cute; si disseca questa dal dartos, e attraverso una breccia sufficiente praticata nel dartos si estrinseca il testicolo. Ristretta la breccia del dartos in maniera che il testicolo non possa più ritirarsi si sutura su di esso la cute dello scroto.

Dice che questo metodo veramente molto semplice gli ha dato in 10 casi un risultato perfetto. B. PAGGI.

Diagnosi e cura dell'impotenza nell'uomo e nella donna.

(M. HUHNER. *Americ. Medic.*, aprile 1932).

La cura dell'impotenza è strettamente legata alla diagnosi di causa, perchè secondo il tipo dell'impotenza deve variare la cura.

Spesso l'impotenza dell'uomo dipende o è aggravata da impotenza della donna e viceversa. Spesso l'A. ha osservato casi di impotenza dell'uomo sopraggiungere dopo mesi di inutili tentativi di coito, la cui inutilità dipendeva da posizione non adatta assunta dalla donna nell'amplesso. Meno frequentemente si osserva lo stesso fatto per donne con malformazioni o malattie congenite o acquisite dell'anca, o per tumori della vagina, o per doppia vagina, o per insufficiente sviluppo della vagina o per dispareunia o per vaginismo.

Quindi in ogni caso di impotenza maschile bisognerà esaminare anche la moglie dell'impotente.

Causa abbastanza frequente di impotenza nell'uomo è il sospendere il coito proprio un momento prima dell'eiaculazione; questa pratica è ancora più dannosa dell'eiaculazione permessa dopo estrazione rapida del membro e provoca per lo più congestione prostatica ed eiaculazione precoce.

In questi casi la cura si farà col massaggio prostatico ogni 5 giorni e con istillazioni in vescica di soluzione di nitrato d'argento debole (1:3000-1:500). Durante la cura il paziente si asterrà dal coito ed eviterà gli eccitamenti sessuali.

L'A. non è favorevole alle cure psicoanalitiche, a cui si ricorrerà solo eccezionalmente e quando si potranno escludere alterazioni anatomiche o funzionali di origine non psichica.

Ci sono dei casi di impotenza che dipendono da debolezza muscolare dei muscoli dell'erezione, per cui rapidamente il pene si affloscia; in questi casi le applicazioni elettriche locali sono utili.

Una causa di impotenza nell'uomo può essere l'eccessiva ampiezza della vagina (che si può avere dopo parto), per cui il pene non tocca le pareti vaginali.

Per quanto riguarda l'impotenza femminile, ci sono molte donne che pur avendo normale desiderio sessuale non giungono mai all'orgasmo. Spesso questo dipende dal marito, che ha eiaculazione precoce.

In qualche caso bisogna essere molto guardinghi prima di parlare di impotenza femminile, specialmente se compare frigidità dopo periodo di normale funzionalità sessuale. Così l'A. vide una signora diventata frigida dopo parecchi anni di matrimonio; questa signora era appassionata del canto e il marito attribuiva la frigidità della moglie al timore che il coito potesse danneggiare la sua voce e per questo voleva che l'A. sottoponesse l'ammalata ad una cura psichica. La moglie confessò al medico che era diventata l'amante del maestro di canto e che, mentre questi le procurava soddisfacimento sessuale, essa non aveva più alcun soddisfacimento dal coito coniugale.

Ci sono delle donne frigide prima e dopo il matrimonio che possono perdere la loro frigidità solo quando incontrano un uomo che loro piaccia.

Alcune donne sono frigide per diminuita sensibilità della mucosa vaginale e in questi casi le applicazioni di corrente galvanica in vagina sono utili. R. LUSENA.

L'orchite leprosa.

(WASSILJEFF A. *Z. urol. Chir.*, vol. 30, f. 5/6).

La maggior parte delle pubblicazioni sulla lebbra riguardano le sue manifestazioni cutanee. Ma è noto tuttavia come le affezioni dei genitali siano precoci nella lebbra e prendano spesso il tipo maculo-anestetico, col-

pendo, in ordine di frequenza, l'èpididimo, il pene, il didimo, lo scroto, il monte di venere: assai di rado il deferente (2 %). I testicoli son presi assai più spesso bilateralmente che da un lato solo.

Clinicamente si distinguono con Glück due tipi di lebbra testicolare: l'o. nodulare e l'orchiepididimite diffusa. Contrariamente all'opinione di Bock e Levoir, che accennano ad un aumento di volume dell'organo, all'infezione segue un'atrofia dei testicoli e l'impotenza. Glück aggiunge che la deferentite raramente si accompagna all'orchite.

Le ricerche anatomo-patologiche di Baby e di Simmonds condussero ai seguenti risultati: I testicoli possono ammalarsi precocemente: essi possono aumenare di volume, ma più spesso si atrofizzano: precoce è anche la partecipazione dell'epididimo. Il funicolo spermatico rimane a lungo inalterato. Microscopicamente si osserva, negli stadi iniziali una sclerosi delle arterie: più tardi nell'endotelio vasale ed interstiziale, si trovano anche bacilli. Intanto si formano le cellule lebbrose con l'aumento del tessuto interstiziale. In principio i bacilli si trovano nelle cellule plasmatiche e lebbrose. Spesso la membrana propria dei canalicoli si ispessisce. Nell'interno del lume si trovano cellule desquamate e bacilli. Talora si osserva anche necrosi con tessuto di granulazione. Quasi tutti gli autori sono d'avviso che la penetrazione dei bacilli lebbrosi avvenga per via ematica. Secondo Hansen, i testicoli rappresentano il terreno più adatto per lo sviluppo dei bacilli; a questo loro sviluppo segue spesso scomparsa di spermatozoi. L'A. ha potuto studiare 8 casi di lebbra (di cui due cadaveri) con lesioni testicolari: egli li distingue in due gruppi:

1° gruppo a forma prevalentemente interstiziale.

2° gruppo nel quale sono colpiti di più i *canalicoli* con alterazioni *atrofiche* mentre le manifestazioni infiammatorie a carico del tessuto interstiziale rimangono modeste.

In questi 8 casi l'affezione lebbrosa datava da vari anni.

Non esistono nelle storie cliniche sintomi che possano venir riferiti all'orchite; tuttavia si era stabilito in quasi tutti un'impotenza sessuale più o meno completa.

I testicoli erano quasi tutti atrofici. Costante era l'ispessimento della vaginale, e la mancata partecipazione del deferente. Nei riguardi delle alterazioni microscopiche, all'A. è parso necessario fare altre suddivisioni a quelle due principali, senza poter sostenere che siano perfettamente distinte le une dalle altre.

Nel gruppo con lesioni prevalentemente interstiziali si distinguono in vari tipi:

a) Penetrazione dei bacilli lebbrosi nel t. interstiziale: presenza di cellule lebbrose, plasmazellen, e linfociti: arresto della spermatogenesi, alterazione degenerativa degli epiteli canalicolari;

b) Proliferazione più intensa del t. interstiziale del tessuto di granulazione lebbrosa, associata a sviluppo di fibre collagene: abolizione della spermatogenesi; desquamazione intensa delle cellule epiteliali dei canalicoli con bacilli lebbrosi.

Il quadro rassomiglia a quello dell'orchite luica.

c) Oltre le lesioni sopracitate esiste in altri casi sviluppo straordinario di cellule interstiziali intorno a canalicoli non completamente atrofici qualche volta ialinosi e ispessimento delle membrane proprie dei canalicoli;

d) Sostituzione completa degli elementi del testicolo con t. di granulazione lebbrosa.

Nei riguardi delle alterazioni prevalentemente degenerative del testicolo del 2° gruppo, si possono istituire due sottogruppi:

a) Degenerazione primaria degli epiteli dei dotti seminiferi legata ad un'intossicazione generale, con scarse alterazioni infiammatorie del connettivo interstiziale;

b) Distruzione completa dell'epitelio. I dotti seminiferi son sostituiti da masse jaline. Il tessuto connettivo interstiziale è egualmente ispessito e jalino. E. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

HENRI CLAUDE. *Maladies du système nerveux.* (Bibliothèque du Doctorat en Médecine di CARNOT et RATHERY: *Précis de Pathologie Interne*). 2ª ed. in 2 tomi. Paris, G. B. Baillière et fils, 1932.

Due volumi densi: complessivamente di pagine 1568 con figure 277 nel testo.

Basterebbe questa presentazione perchè l'opera di un Clinico accorto e lavoratore, capo di una Scuola di prim'ordine — quella di Parigi — come è il prof. Enrico Claude, potesse essere indicata anche all'attenzione dei nostri medici e dei nostri studenti.

Si tratta di un'opera coscienziosa e informatissima di Patologia e Clinica delle Malattie nervose; talmente completa da soddisfare qualsiasi esigenza anche di lettori incontentabili. L'opera ha il merito di esporre con maggiore dettaglio tutto quanto vi è stato nell'ultimo decennio e vi ha di nuovo attualmente nel vasto campo della Neurologia; ma ha pure il merito di essere breve e sommaria nel trattare le malattie più comuni e di più antica conoscenza. Cosicchè questi volumi del Claude non hanno niente d'ingombrante.

Nel 1° volume sono trattate le Malattie dell'encefalo, e quindi c'è tutto: dall'emorragia cerebrale, meningiti e tumori, all'encefalite

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

epidemica, alla paralisi progressiva, alle afasie, alla malattia di Wilson, alle diplegie, alla malattia di Parkinson, e via dicendo. Però la Patologia nervosa *speciale* è preceduta dalla Patologia *generale* del sistema nervoso; e quindi il lettore vi troverà giudiziosamente trattate pure l'etiologia, l'anatomia patologica e la fisiopatologia.

Il 2° volume tratta delle Malattie del midollo spinale, delle mieliti, delle sclerosi combinate, delle malattie dei plessi, dei nervi periferici e dei muscoli. Inoltre, delle malattie del simpatico, delle ghiandole endocrine, nonchè delle nevrosi e delle psiconevrosi.

Certamente l'A. segue le tradizioni cliniche della neuropatologia francese: Charcot, Marie, Babinski..., e pone molto in sottordine quanto hanno fatto gli altri, compresi non solo gli italiani, ma anche le scuole tedesche e le anglo-americane. È certo altresì che l'A. dà spiccata preferenza ai prodotti della propria Scuola anche in confronto di altre scuole francesi; ma ciò era naturale. Bisogna, comunque, riconoscere nel Claude un equilibrio, una misura e una serenità che non s'incontrano così di frequente nei trattati dei Capi-Scuola.

Nulla l'A. trascura in questa 2ª edizione; così la questione dei legami tra affezioni nervose e affezioni mentali, e l'importanza dei sintomi psichici nelle affezioni nervose; così il trattamento chirurgico delle malattie cerebrali, la tecnica clinica e la profilassi.

SANTE DE SANCTIS.

G. PERITZ. *Die Nervenkrankheiten des Kinderaltere.* Editore Fischers Med. Buchhandlung, Lipsia. Prezzo M. 39,50.

La patologia nervosa infantile si è arricchita negli ultimi decenni di nuove o più precise conoscenze. Il trattato del Peritz, che ora si pubblica nella seconda edizione, è un'esposizione chiara, completa, perfettamente aggiornata di tutte le sindromi nervose che possono verificarsi nell'infanzia.

L'A. ha messo a frutto la sua larga e lunga esperienza clinica, le sue profonde conoscenze sull'anatomia e fisio-patologia del sistema nervoso.

La materia è bene impostata, in modo che il libro riesce di facile consultazione.

Numerose, nitide figure illustrano il testo.

DR.

H. ROGER. *Les troubles du sommeil.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Frs. 20.

Esposizione sobria e chiara dei differenti disturbi del sonno dal punto di vista pratico, con l'indicazione del trattamento per ciascuno di essi.

Un capitolo molto interessante è dedicato alla fisiologia del sonno normale.

Segue la trattazione dei varii disturbi ipnici: gl'ipersonnii, gli insonnii, i parasonnii.

L'A. divide gli ipersonnii in continui e parossistici.

Gli insonnii sono descritti nella loro fenomenologia, sono con precisione riferiti alle varie sindromi, sono ampiamente studiati nelle loro cause e nei loro effetti.

Non meno diligentemente sono trattati i parasonnii (sogni, incubi, sonnambulismo, ecc.).

DR.

H. SCHAEFFER e E. BIANCANI. *Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses.* Editore Masson, Parigi. Frs. 20.

Le cure fisiche hanno larga applicazione nella patologia nervosa.

Le applicazioni elettriche, le irradiazioni, la kinesiterapia, l'idroterapia, la climatoterapia e simili costituiscono i più validi sussidi per la cura delle malattie nervose siano esse organiche o funzionali

Il presente volume espone quanto è necessario conoscere al pratico in questo campo.

Per ciascuna affezione nervosa l'esposizione del trattamento è preceduta da una breve descrizione clinica.

Oltre ai metodi che per il loro largo uso sono diventati classici e di comune conoscenza, sono indicati i procedimenti del tutto nuovi.

DR.

J. LEREBOULLET. *Les tumeurs du quatrième ventricule.* Editore J. B. Baillière, Parigi. Prezzo Fr. 65.

I progressi della tecnica chirurgica hanno reso meno disastrosa la prognosi dei tumori del quarto ventricolo, la cui casistica grazie ai perfezionamenti diagnostici risulta più abbondante di quel che si riteneva.

Il libro ha appunto lo scopo di fornire le conoscenze per la diagnosi esatta di sede e natura di tali tumori, ed espone insieme i varii metodi operativi adatti alla loro asportazione.

La prima parte, preceduta da brevi ricordi anatomici ed embriologici, è dedicata allo studio dei singoli sintomi che si possono incontrare nei tumori del quarto ventricolo; la seconda e terza parte alla sintesi sintomatologica ed al decorso di tali tumori a secondo del loro tipo; la quarta parte alla diagnosi ed alla cura.

DR.

E. E. LAUWERS. *Introduction à la chirurgie nerveuse.* Ed. Masson, Parigi. Prezzo Frs. 25.

Lo sviluppo della chirurgia nervosa richiede da parte degli operatori precise conoscenze sulla fisiologia, sull'anatomia patologica e sulla clinica neurologica.

Questo libro, che è scritto da un chirurgo il quale è anche un appassionato studioso di neurologia, tende a ben precisare le quistioni neurologiche che possono prospettarsi al chirurgo, a delimitare il dominio attualmente noto della chirurgia nervosa ed a precisarne la tecnica.

DR.

N. JONESCO-SISESTI. *La syringobulbie.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Frs. 70.

La siringobulbia, l'equivalente bulbare della siringomielia, ha costituito materia di numerosi studi. In questo libro l'argomeno è trattato a fondo ed in modo esauriente in relazione alle attuali conoscenze.

La sintomatologia clinica è minutamente descritta; la documentazione anatomo-patologica è abbondante e precisa.

L'A. trae spunti dall'una e dall'altra per apportare un notevole contributo alla conoscenza della fisiopatologia del tronco cerebrale.

DR.

G. DE PARREL. *La rééducaticn de la voix parlée.* Volume in-8° di 150 pagg. con 35 fig. nel testo. Doin édit., Paris, 1931. Prezzo fr. 28.

L'A., ben noto nel campo dell'otologia e della fonetica, ha inteso di diffondere con questo manuale (che fa parte della « Collection de Parrel des manuels de rééducation ») il sistema terapeutico atto a correggere le turbe della parola e della voce.

La parola infatti ha un'importanza essenziale nella vita sociale, famigliare e professionale: e il non rieducare un bambino che parla male significa non evitare di mantenerlo in una condizione d'inferiorità.

Il manuale che ci è presentato, ha un capitolo dove sono largamente esposte le nozioni di fonetica biologica, indispensabili a ricordare il complesso ritmico e coordinato delle funzioni dei vari organi, che entrano in giuoco nella produzione della voce parlata. Le turbe periodiche che questa presenta, sono esaminate in rapporto alla respirazione, all'emissione, all'articolazione; nè sono dimenticate le turbe di origine centrale (afonie, afasie, etc.).

La tecnica del trattamento è esposta dapprima con criteri generali, in rapporto cioè con una normale e adeguata respirazione, emissione o articolazione: e poi dettagliatamente in capitoli diversi che prendono in esame ciascuno dei singoli disturbi della parola e della voce.

Insomma il manuale nel suo insieme riesce di piacevole interesse e di incontestabile utilità pratica, sia per il modo come l'argomento è trattato, sia per le sue qualità altamente dimostrative, così come è provvisto di disegni, schemi e tavole di esercizi. M. SILVAGNI.

A. AUSTREGILO. *Ascension espiritual.* Editore Morata, Madrid. Pesetas 8.

L'A., che ha scritto parecchi libri di psicoterapia, espone in questo volume i criteri che devono informare la nostra condotta per rendere la vita bella.

È un libro di psicoterapia profilattica o meglio di filosofia pratica. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

(Sezione del Lazio).

Seduta del 15 giugno 1932.

Presidente: Prof. E. MORELLI.

E. DI FONZO. — *Sull'apicolisi con applicazione di un palloncino di gomma.*

Discussione: MORELLI, COVA.

Criteri di indicazione clinica per l'apicolisi semplice e con piombaggio.

A. OMODEI-ZORINI. — L'O. riferendosi a un suo precedente scritto su « Lotta contro la tubercolosi », accenna agli inconvenienti osservati nei casi di piombaggio apicale con paraffina operati in istituto e sopratutto alla possibilità che il corpo estraneo introdotto tra parete costale e caverna fibrosa, non sufficientemente elastico come un pneumotorace, dia una spinta evolutiva al processo morboso favorendone la diffusione a piccoli nodi acinosi nei lobi inferiori non soltanto nelle prime settimane dopo l'intervento a distanza di 1 o 2 mesi. Ricorda che anche nelle statistiche migliori più recenti (Vidakovatz e Winternitz-M. Radaelli) si ha il 60-65 % di casi in cui la malattia non subisce modificazione dell'intervento e riprende « la sua fatale evoluzione » ciò che lascia supporre che almeno in una parte di questi soggetti portatori di caverne croniche isolate stazionarie della regione apicale si sia verificato una ulteriore propagazione del processo col meccanismo su accennato.

Sarebbe desiderabile attuare e mantenere un piccolo pneumotorace extrapleurico, il quale però per essere efficace deve mantenersi a forti pressioni positive e quindi può presentare il grave pericolo di embolie gassose, più facili da osservarsi in cavità scavate artificialmente in tessuto aderenziale in cui rimangono spesso beanti piccoli vasi sanguigni comunicanti con le radici delle vene polmonari. Più importante e razionale è il tentativo raggiunto dal prof. E. Morelli ed attuato dal dott. Di Fonzo di contenere il gas in un palloncino di gomma. Ma se questo intervento è indicato in sostituzione del piombaggio nei casi di caverne isolate discretamente voluminose dell'apice e sottoclaveari, l'O. crede che nei soggetti con tubercolosi fibrosa densa apicale a tendenza retrattile e con caverne relativamente piccole (del diametro non superiore a 2 cm.) si possono ottenere ugualmente buoni risultati praticando uno scollamento totale extrapleurico dell'apice e socchiudendo la ferita. In questi casi togliendo di mezzo per un certo tempo l'adesione con la parete rigida costale, è presumibile che possa aversi una retrazione spontanea delle lesioni e ne vengano eccitati i processi cicatriziali, col vantaggio di evitare l'introduzione di sostanze lesive o comunque estranee ai tessuti locali.

Partendo da questo concetto, l'O. fin dal gennaio 1932 ha fatto operare in istituto 10 malati dei quali 5 con indicazione netta (fibrosi densa di un apice con esistenza di caverne di modesta dimensione) e 5 no (lesioni più estese, caverne voluminose).

In quattro casi il risultato a distanza di 4-6 mesi è stato veramente brillante: si è osservato in due la scomparsa e in altri 2 forte riduzione delle immagini radiografiche cavitarie e dei fe-

nomeni acustici parallelamente al miglioramento nello stato generale, alla diminuzione della tosse e dell'espettorato che già è diventato negativo in 3 di essi, in un quinto un miglioramento con lieve riduzione delle immagini anulari-radiografiche.

In un sesto caso, deceduto dopo 50 giorni dall'intervento per una nefrosi acuta intercorrente, e affetto da tubercolosi fibro-ulcerosa densa apicale sinistra e tubercolosi micronodulare ematogena apicale destra si è constatato al tavolo anatomico lo scollamento totale dell'apice dalla cupula pleurica e la persistenza di uno spazio netto extrapleurico attraversato da sottilissime aderenze facilmente lacerabili. Nessuna caverna visibile nel lobo superiore ma tessuto fibroso in mezzo a focolai acino-caseosi. Istologicamente si ha il quadro della carneificazione polmonare tubercolare. L'O. discute l'interpretazione di questo caso.

In definitiva questi primi risultati appaiono incoraggianti e stimolano l'Autore ad estendere le ricerche su queste direttive.

Tecnica dell'apicolisi semplice.

M. ASCOLI. — L'apicolisi nacque come apicolisi semplice; benchè nella mente di Tuffier dovesse servire a scopi diversi da quelli per i quali fu usata in seguito. Fu solo dopo circa venti anni quando si compresero le possibilità che aveva come intervento collassoterapico che si cominciò a studiare il modo di riempire con un piombaggio il cavo residuo. Il concetto direttivo era sempre quello di una collassoterapia attiva della cavità o più genericamente delle zone malate del polmone. Sauerbruch pone le forme infiltrative fra le indicazioni all'apicolisi con piombaggio e fondamentalmente non fa alcuna differenza fra piombaggio per ascessi e quelli per tubercolosi. Furono già esposte al Congresso di Bologna le esperienze di questa scuola nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare; se ne concluse che solo le forme che hanno spiccata tendenza a retrarsi spontaneamente sono quelle che si avvantaggiano veramente di una cura chirurgica qualunque essa sia. Non collassoterapia attiva quindi da parte del chirurgo, ma da parte del polmone. Alle stesse conclusioni è giunto Walzel affermando che il chirurgo può fare ben poco di più che secondare gli sforzi della natura. Date queste premesse si ritenne che nelle forme fibro-ulcerose limitare a un apice, con cavità piuttosto piccole, spiccata tendenza alla sclerosi e attrazione del mediastino superiore, fosse sufficiente la semplice liberazione extra-pleurica dell'apice per ottenere una cicatrizzazione delle lesioni.

Non si intende affatto perciò di opporre l'apicolisi semplice a quella con piombaggio; secondo i criteri della scuola ognuno ha differenti indicazioni. Benchè si possa dire come date queste, i risultati migliori si otterranno colla prima.

Sulla semplicità del decorso post-operatorio e la bontà dei risultati dell'apicolisi semplice è stato detto. Si aggiungerà solo come eseguendo, l'intervento attraverso una molto ampia resezione della seconda costa anteriormente, tutte le manovre di scollamento pleuro-parietale possano venire compiute sotto il controllo della vista attraverso un'ampia breccia che permette l'introduzione nel torace di qualsiasi strumento e della mano dell'operatore. È così possibile di liberare del tutto la cupola pleurica dai legamenti che la sostengono e realizzare una vera apicolisi completa come non è sempre possibile quando lo scollamento venga fatto attraverso una piccola resezione costale.

Primi risultati e meccanismo d'azione dell'apicolisi senza piombaggio.

MONALDI. — L'O. riassume le osservazioni raccolte su un primo gruppo di soggetti sottoposti, su indicazione del prof. Omodei-Zorini, ad apicolisi senza piombaggio con la tecnica riferita a parte dal prof. Manfredo Ascoli.

Scopo delle ricerche era quello di mettere in luce l'eventuale meccanismo di quest'atto operativo. All'uopo l'O. ha raccolto dati dettagliati sullo stato delle lesioni preesistenti, il decorso postoperatorio immediato e i primi risultati terapeutici. Parallelamente ha eseguito esami in serie della funzione respiratoria con rilievi della grandezza respiratoria, della statica e dinamica toraco diaframmatica.

I casi trattati sono 10; l'O. ne ha fatto un esame diligente e completo.

Discussione: COVA, MORELLI.

Seduta del 9 luglio 1932.

A proposito dell'azione del pnx sulle caverne polmon. tubercolari controlaterali.

R. VERCESI. — L'O. illustra brevemente due osservazioni cliniche in cui si potè assistere alla regressione dei sintomi acustico-radiologici di caverne controlaterali al pnx terapeutico, localizzate in un caso nella regione parailare di destra e nell'altro nella sottoclaveare. Discute la genesi di un tale fenomeno attribuendolo non tanto a un fattore meccanico quanto a un fattore immunbiologico.

E. MORELLI. — Trova particolarmente interessante il primo caso in cui la regressione della caverna avvenne senza un evidente spostamento controlaterale del mediastino e si verificò solo quando il pneumotorace sinistro associato alla frenicoexeresi omonima, raggiunse la sua piena efficienza nelle lesioni cavitarie omolaterali eliminando la principale fonte di sostanze tossiche per l'organismo e quindi anche per l'altro polmone.

Sindrome di Cl. Bernard Horner da interventi di frenicoexeresi.

R. VERCESI. — Descrive due casi di sindrome di Cl. Bernard Horner osservati in tubercolosi operati di frenicoexeresi. Nel primo di essi la sintomatologia oculare persistette a lungo dopo l'operazione fino alla morte dell'individuo avvenuta in altro sanatorio, nel secondo la sindrome è di data più recente. In entrambi i casi si riscontrarono particolari difficoltà operatorie per rinvenire il nervo frenico per cui viene logico supporre che la catena simpatica cervicale sia stata lesa durante le manovre chirurgiche.

E. MORELLI. — Cita qualche dato della propria esperienza negli eventuali incidenti da frenicoexeresi.

M. ASCOLI. — Ritiene più probabilmente che nei casi riferiti da Vercesi, invece di una lesione della catena simpatica si possa esser trattato di una lesione dei rami comunicanti.

La bacillemia nella tubercolosi miliare.

A. DI NATALE. — L'O., su 19 casi di tbc. miliare sub-acuta e cronica ha ottenuto emoculture positive in 11 con una percentuale di circa 58 %. A conferma della non permanente bacillemia l'O. cita alcuni casi in cui l'emocultura ripetuta diverse volte non ha dato risultato sempre costante. La febbre, lo stato più o meno avanzato della ma-

lattia non sembrano aver importanza nel reperto bacillemico.

Discussione: A. OMODEI-ZORINI, SPINEDI, MORELLI.

AGNELLO. — *Meccanismo respiratorio negli ectipi con apparato respiratorio normale.*

Discussione: MONALDI, OMODEI-ZORINI, M. ASCOLI, MORELLI.

Su alcuni casi di tubercolosi polmonare bilaterale trattati con pnx e frenico-exeresi controlaterale.

BORTOLOTTI. — L'O. riferisce sui risultati ottenuti trattando 13 casi di tubercolosi polmonare bilaterale con pnx e frenicoexeresi controlaterale. In 7 infermi ha notato notevole miglioramento. Dai risultati ottenuti deduce che l'indicazione più esatta si ha nei casi di lesione crociata, cioè alta dal lato dove si applica il pneumotorace e bassa o mediana dall'altro dove si fa eseguire la frenicoexeresi. Il metodo può essere tentato anche nei casi di lesioni bilaterali alte con notevole sproporzione tra i due polmoni quando dal lato meno leso non è attuabile un pnx. La scelta dei casi va fatta sulla guida del grado della sede delle lesioni e dei dati funzionali.

MORELLI. — Ritiene che in genere tale intervento sia più tollerato del pnx bilaterale.

Seguono brevi parole del presidente, on prof. MORELLI, di chiusura dell'anno accademico.

A. OMODEI-ZORINI.

Reale Accademia Medica di Genova.

Seduta del 7 luglio 1932.

Presiede il prof. N. PENDE.

Indici biometrici di femminilità somatica.

Dott.ssa SELLINA GUALCO. — Mediante una lunga serie di osservazioni antropometriche sulla donna l'O. ha potuto confermare i tre interessanti caratteri di sviluppo sessuale ammessi da Pende, e che egli chiama *indici biometrici di femminilità somatica.* Essi riguardano:

1) *il rapporto tra la distanza bisacromiale e la bitrocanterica,* nel senso che la prima è nella donna relativamente più stretta, e questo è in relazione con la funzionalità dell'ovaio;

2) *la lunghezza relativa dei due segmenti coscia e gamba nella formazione dell'arto inferiore*: nella donna iperovarica la coscia è relativamente più lunga della gamba, al contrario di quanto avviene nella ipovarica;

3) *il rapporto tra i diametri del cranio* nel senso che il cranio femminile è più largo, meno lungo e meno alto del cranio maschile.

La larghezza delle spalle e del bacino come indice di sessualità nell'uomo.

Dott. ROLANDI-RICCI. — Le ricerche dell'O. condotte su uomini liguri adulti, si propongono di valutare l'importanza del diametro delle spalle e del bacino come indice biometrico di sessualità.

L'O. stabilì prima la media dei diametri biacromiale e bitrocanterico nel ligure adulto. Tra i soggetti misurati distinse poi in due gruppi quelli che nette presentavano le caratteristiche dell'ipergenitalismo e dell'ipogenitalismo. Questa distinzione venne fatta in base ai caratteri anatomici ed ai caratteri funzionali. Confrontando poi le medie delle misure nei due gruppi, notò che se tanto negli ipergenitali e che negli ipogenitali, il D. biacromiale supera il D. bitrocanterico, nei primi questa eccedenza è assai più marcata che nei secondi.

Il confronto poi delle singole misure dei due gruppi, dimostra una eccedenza sulle cifre normali medie del D. biacromiale negli ipergenitali, e del D. bitrocanterico negli ipogenitali.

Il rapporto tra il D. bi-acromiale e il D. bitrocanterico è quindi un importante indice biometrico di sessualità somatica.

Nuovo orientamento nella biometria clinica.

Prof. PENDE. — È noto come ogni popolazione regionale, ed in qualunque Nazione di Europa, sia costituita di parecchie razze umane fondamentali che per caratteri morfologici e biochimici differiscono notevolmente l'una dall'altra. Così se prendiamo la popolazione veneta troviamo che essa risulta di una mescolanza di razza « dinarica » (secondo alcuni modificata come razza subadriatica) di razza alpina e di una quota parte di razza mediterranea e di razza nordica, per limitarsi alle principali. Se noi ora vogliamo valutare antropologicamente e biometricamente un individuo della popolazione veneta e riferirlo per le sue eccedenze o deficienze o per le anomalie qualitative somatico-psichiche ad un tipo normale o medio statico, questo non può razionalmente essere dato dalla media aritmetica seriale eseguita sopra un certo numero di individui presi da tutta la popolazione di quella regione italiana. È evidente che questo campione medio normale non è campione di nessuna delle razze umani viventi in quel territorio; ma è risultante ibrida di un calcolo matematico che noi facciamo mescolando insieme misure biometriche spettanti a razze umane diverse. Invece l'individuo che vogliamo determinare tipologicamente è il prodotto soltanto di una o più razze e non indifferentemente di tutte quelle che abitano la regione in cui egli, talvolta per puro caso o da un numero limitato di anni, si trova a vivere.

Come è possibile prendere per modello di paragone, poniamo il caso per un individuo di tipica razza mediterranea (bruno, di bassa statura, dolicocefalo) l'uomo medio ricavato coi metodi attuali in tutta la popolazione veneta, cioè un uomo medio che, come sappiamo risulta di alta statura e prevalentemente brachicefalo?

È evidente che costruire come oggi si fa un uomo medio regionale non ha nessuna base razionale per le applicazioni alla biotipologia individuale.

Tenendo conto che il biotipo individuale con tutte le sue caratteristiche morfologiche, biochimiche, neuropsicologiche è il prodotto nel tempo stesso dell'eredità della razza di fattori famigliari agenti sopratutto durante la vita intrauterina per opera della madre e di fattori ambientali e sociali in cui l'essere si sviluppa fino alla sua maturità, noi non possiamo valutare biometricamente questo tipo individuale se non lo riferiamo al tipo medio di quella razza o di quelle razze a cui per caratteri antropologici raziali l'individuo più si avvicina.

In tal modo possiamo concludere che è oggi necessario che nelle varie regioni d'Italia si costruisca, non il tipo medio regionale (uomo medio, veneto, siciliano, ligure, ecc.) ma tanti tipi medi etnici regionali quante sono le razze principali (4 o 5 in generale) viventi da millenni in quella data regione e riconoscibili ancora come tutti ammettono per caratteri somatici e psichici.

È quanto stiamo facendo nel nostro Istituto Biotipologico Ortogenetico di Genova, e di tale lavoro esporremo in altre comunicazioni i primi risultati.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'età di 15.370 partorienti e la sua influenza sul parto.

C. H. Peckham (*Americ. Journ. of Obstetr. and. Gynecol.*, maggio 1932) ha studiato da questo punto di vista un notevole numero di partorienti, in numero press'a poco uguale nei riguardi della razza (bianca e nera), primipare e multipare.

L'età media delle 15370 donne era di 24 anni, con una differenza di oltre 6 anni fra la media età della primipara e della multipara. L'età media della primipara nera è di anni 19,93, mentre quella della bianca è superiore a questa cifra di anno 1,97.

La donna di colore non solo comincia più presto la sua maternità, ma ha anche minore intervallo fra una gravidanza e l'altra.

Considerando come primipara giovane quella di 17 anni e primipara vecchia quella di 35 anni o più, si vide che primipare giovani sono il 7,4 % delle partorienti di razza bianca e il 18,5 % di quelle di razza nera, e partorienti vecchie il 2,5 % per le bianche e l'1 % per le nere. Da questo si deduce che la donna nera finisce più presto la sua « carriera di madre ».

Tutti i casi esaminati furono divisi, pel tipo di parto, in parti spontanei a termine, parti operativi a termine e parti prematuri spontanei ed operativi.

Sebbene i bacini ristretti siano stati più frequenti fra le nere, in queste la percentuale dei parti operativi nelle primipare è stata minore che nelle bianche probabilmente per il minore peso medio del neonato nero e la maggiore malleabilità della sua testa.

La prematurità è più frequente nelle donne nere, e tanto nelle nere che nelle bianche è più frequente nelle pluripare.

C'è una percentuale sorprendentemente alta di parti operativi nelle pluripare delle due razze.

Per quel che riguarda l'età, nelle primipare il parto prematuro sembra influenzato dall'età: nelle due razze c'è un optimum fra 17 e 19 anni, poi il numero dei parti prematuri diminuisce mentre aumenta quello dei parti operativi.

Nelle bianche verso i trent'anni son più frequenti i parti operativi che quelli spontanei.

Nelle nere la diminuzione dei parti spontanei coll'aumentare dell'età è notevolmente minore che nelle bianche. R. LUSENA.

Il trattamento della febbre puerperale.

Fr. Kirstein (*Deut. med. Wochens.*, 8 gennaio 1932) raccomanda in tutti i casi di infezione puerperale grave di iniziare il più presto possibile l'iniezione endovenosa continuata, goccia a goccia, di una soluzione di glucosio al 10 % (altri autori usano la soluzione al 2 %, ma l'A. la sconsiglia). Contemporaneamente fa iniezioni endomuscolari (od endovenose) di Septojod o di altro preparato consimile e somministra forti dosi di alcool.

fil.

Valore terapeutico della teelina nella menopausa.

S. H. Geist e F. Spielman (*Americ. Journ. of obstetr. and Gynec.*, maggio 1932) avendo studiato il comportamento dell'amniotina nella menopausa, pensano che un solo ormone sessuale femminile è insufficiente a combatterne i disturbi. Per questi essi hanno usato la teelina, che diedero per iniezioni endomuscolari in dosi crescenti (cominciando da 50 unità ratto) per molte settimane (in alcuni casi anche 18).

Su 31 casi ebbero miglioramento in 19.

Il miglioramento, tenendo conto dei singoli sintomi, è stato più manifesto nei riguardi delle palpitazioni, delle parestesie e dell'insonnia, un po' meno nei riguardi delle vampe di calore e della libidine. Il miglioramento è stato più evidente nella menopausa naturale che in quella artificiale. R. LUSENA.

Il valore terapeutico dell'ammiotina nella menopausa.

L'ovaio produce un ormone estrogeno follicolare; un ormone estrogeno fu ottenuto anche dalla placenta e dal liquido amniotico; dal corpo luteo furono isolati 3 ormoni.

L'assenza degli ormoni sessuali provoca i disturbi della menopausa; non sappiamo però se si tratti di disturbi da sola cessazione di produzione degli ormoni o se ci siano disturbi delle altre ghiandole a secrezione interna che provochino la cessazione di questi ormoni.

S. H. Geist e F. Spielman (*Americ. Journ. of Obstetrics and Gynecol.*, maggio 1932) si sono serviti dell'ammiotina per curare i disturbi della menopausa in 43 casi, in cui per oltre sette mesi l'ammiotina fu somministrata per supposte o per iniezioni.

Questa cura non modificò affatto i globuli del sangue, nè la composizione delle urine, nè il metabolismo basale, nè la pressione arteriosa. Per quanto riguarda le vampate di calore, i sudori, la cefalea, i dolori articolari, l'insonnia, la libidine, in 10 casi non ci fu miglioramento, in 22 miglioramento modico, e in 11 miglioramento notevole.

Fra le 10 malate che non ebbero giovamento ce n'erano 5 che avevano avuto castrazione coi raggi X, 3 per intervento chirurgico e 2 avevano menopausa spontanea.

Negli 11 casi in cui il miglioramento era stato notevole 10 avevano di nuovo emissione di sangue dalla vagina.

È difficile dire quanta parte sia dovuta alla psiche nel miglioramento di queste malate. Certamente la sostituzione di un solo ormone non basta. Comunque, l'ammiotina si è dimostrata molto più efficace degli altri ormoni in sette anni di osservazioni. R. Lusena.

SEMEIOTICA.

Ricerca dell'ormone anteipofisario nelle orine di donne trattate con iniezione di sangue di gravida e preparati di lobo anteriore dell'ipofisi, e nelle orine di donne affette da gravidanza molare.

E. Maurizio (*Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, agosto 1931) a cui sono dovute queste ricerche ha ottenuta positiva la prima reazione di Ascheim-Zondeck in 8 su 15 donne trattate con iniezioni di 2-10 cc. di siero di sangue di gravida: in tutte fu negativa la seconda e terza reazione. In 5 donne trattate con iniezioni quotidiane di estratto di lobo anteriore dell'ipofisi, in tutte riscontrò positiva la prima reazione di Ascheim-Zondeck, negativa la seconda e la terza.

Ha inoltre ricercato l'ormone preipofisario in 3 casi di gravidanza molare, in due dei quali la quantità di ormone era circa il doppio della norma, mentre nel terzo caso la reazione di Ascheim-Zondeck divenne positiva con un quinto della dose normale di urina.

Il fatto che nella gravidanza molare la quantità media di ormone è notevolmente maggiore di quella della gravidanza fisiologica può di per sè costituire un dato diagnostico di non trascurabile valore, e ancor più importante sarebbe il poter distinguere la gravidanza molare dalla più grave complicanza, il corionepitelioma, basandoci sulla enorme differenza in più di ormone riscontrabile nelle urine in quest'ultimo caso. G. La Cava.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il valore di antigene e la reazione locale del vaccino pneumococcico formalinizzato.

Dopo aver ricordato un certo numero di studiosi che hanno trattati i vaccini con formalina per togliere la tossicità alla tossina batterica ed impedire i processi di autolisi, S. M. Tao (*The Chinese Med. Journ.*, genn. 1932), riferisce i risultati delle sue ricerche tendenti a stabilire se un vaccino così trattato provoca nell'animale maggiore quantità di anticorpi del vaccino preparato col calore e quali reazioni locali esso provoca.

Egli si è servito di un vaccino preparato con pneumococco tipo I da cultura in agar-sangue. Egli ha osservato che l'azione della formalina è più rapida quanto maggiore è la temperatura ambiente.

Il siero di conigli immunizzati col vaccino formalinizzato ha un titolo più elevato di quello degli animali trattati con vaccino riscaldato, però l'immunità compare più tardivamente.

Il vaccino formalinizzato iniettato sotto cute dà reazione locale meno intensa e di durata più breve che il vaccino riscaldato.

R. Lusena.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. G. da Sp.:

Il medico che assiste al secondamento ritardato, se riconosce le cause in uno stato di inefficiente contrazione uterina potrà anche ricorrere alla pituitrina (ottima sopratutto nelle emoraggie *post-partum* da atonia); dovrà però bene escludere altre cause (plac. increta, spasmi del cercine di contrazione, tumori; ritenzione urinaria ecc.) che richiedono ben diverse direttive. *p. g.*

Al dott. G. C. da C.:

Può vedere quanto basta sul forcipe di Kielland anche nel *Prontuario di Terapia Ostetrica* di Gaifami, edito dalla nostra Casa Editrice, prezzo L. 28.

Un articolo riassuntivo troverà pure nella *Clinica Ostetrica*, 1926; e anche nel *Trattato sul Forcipe* di La Torre, aggiornato da Gaifami, edito pure da L. Pozzi, prezzo L. 24.

p. g.

VARIA.

La psicologia del suicidio.

La sezione di neurologia e psichiatria della British Medical Association in una recente riunione ha trattato a fondo la questione del suicidio.

H. Cricton-Miller ha riferito sulla psicologia del suicida facendo un'acuta analisi dei moventi intrinseci ed estrinseci della costituzione psichica individuale e delle cause occasionali che determinano l'uomo a sottrarsi dalla vita.

Egli raggruppa i motivi del suicidio in tre classi:

1) Dolori fisici ed insoddisfazione dei bisogni istintivi.

2) Sofferenze sociali e paure.

3) Dubbi e terrore del futuro.

Il dolore fisico spinge al suicidio meno di quel che si potrebbe sospettare. Forse nell'elenco delle cause del suicidio occupa uno degli ultimi posti.

Certamente il dolore acuto induce l'uomo all'autodistruzione meno di quel che facciano le pene continue ed una grande sventura.

È notevole il fatto che si commette il suicidio più per la preoccupazione del dolore di là da venire, che per un dolore attuale anche se fortissimo.

Le donne si uccidono più frequentemente quando hanno conoscenza di essere affette da cancro, che quando sono sotto l'azione del dolore da esso provocato.

Non si hanno dati precisi circa i suicidi in guerra. Ma si sa che pochi soldati si uccidono in conseguenza dei dolori prodotti dalle ferite, mentre molti non feriti si ammazzano per la paura delle sofferenze della guerra, di essere feriti ed anche di morire.

In conclusione l'uomo civile è più capace di adattarsi al dolore fisico che alla paura di esso.

Conclusioni analoghe si possono trarre per la paura di altri malanni. La paura della pazzia è causa frequente di suicidio. Nella fase prepsicotica c'è una tendenza al suicidio che scompare quando la psicosi si è conclamata.

Per quel che riguarda l'insoddisfazione di bisogni istintivi è a notare che la sete e la fame spinte all'estremo limite possono condurre al suicidio.

Ma nell'uomo civile è l'insoddisfazione dell'istinto sessuale il motivo più frequente di suicidio.

Al primo posto stanno le donne che non possono soffrire a lungo l'astinenza. Poche invece sono le donne che si ammazzano per sottrarsi alle pratiche sessuali per frigidità. Anche la sterilità non è consigliera del suicidio.

Uomini e donne omosessuali si ammazzano frequentemente: per il conflitto psichico determinato dall'aberrazione stessa, per il senso della propria inferiorità, per la paura di essere scoverti.

Gl'isterici quantunque frequentemente minaccino ed iscenino il suicidio, raramente lo conducono a compimento.

Nell'uomo il fattore dell'insoddisfazione sessuale probabilmente giuoca meno che nella donna. In effetti l'uomo controlla la propria sessualità meglio della donna.

Per il maschio il problema tende ad essere assillante nella tarda adolescenza ed al principio della senescenza, mentre per la donna rimane tale per tutta la vita sessuale.

E mentre nella donna il suicidio è più frequente per cause prevalentemente esteriori che si oppongono alla soddisfazione del proprio erotismo, l'uomo si uccide per lo più per cause legate all'ipogonadismo: la deficienza d'impulsi sessuali, il dubbio assillante di non potere assolvere le funzioni di marito, la paura di essere riconosciuto uomo imperfetto.

I suicidi dei maschi che si verificano durante il climaterio sono, forse erroneamente, attribuiti all'insonnia.

Nel secondo gruppo (sofferenze sociali e paure) va compreso un gran numero di casi per i quali il motivo determinante è molto semplice e facilmente riconoscibile. Gli individui colpiti da bancarotta, licenziati da un impiego, o comunque sottoposti a procedimenti giudiziari si ammazzano per vergogna o perchè si sentono incapaci di adattarsi ad un altro tenore di vita. In altri il fattore determinante è il rimorso del male commesso o l'impulso all'espiazione.

Nelle donne una delle principali cause di suicidio, da comprendersi in questo gruppo, è la gravidanza illegittima.

Un gruppo speciale difficile a classificarsi è quello dei suicidi per identificazione. Come sfondo c'è uno stato depressivo ed una fobia del suicidio, ed il soggetto finisce per uccidersi per l'inconscio sentimento di imitare il padre o la madre che si sono sottratti alla vita alla medesima età.

Infine v'è il gruppo dei suicidi per dubbî o per terrore dell'al di là.

Presso alcuni popoli l'autodistruzione è considerata in determinate circostanze come atto virtuoso capace di assicurare vantaggi eterni.

La religione cristiana condanna il suicidio. Tuttavia vi sono suicidi con significato religioso. Talora il complesso paterno richiede un atto di autopunizione con il quale solo l'individuo si sente capace di poter comparire davanti al giudice divino. Tal'altra il suicidio ha carattere messianico e costituisce il supremo sacrificio di tutta la personalità a scopo di redenzione. Infine l'autocoercizione per ottenere la purificazione basata su un complesso di colpe si sviluppa fino alla determinazione suicida.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquapendente (*Viterbo*). — Osped. civ. dipendente dalla Congreg. carità. Dirett. chir. e medico aiuto chirur. Rispettivamente L. 14.000 e L. 8000 (con rid. 12 %). Percentuali per interventi operativi abbienti. Età massima rispettiv. 35 e 40, salvo ecc. leg. Requisiti: per il Dir. certificato di specializzazione da una clin. chir. o di eff. serv. come aiuto chir. in ospedal. di almeno 100 letti. Tassa L. 50,10. Scad 10 ott.

Alba (*Cuneo*). — Primario medico presso l'ospedale civico. Retribuzione minima annuale primo biennio oltre L. 20.000. Chiedere bando concorso e chiarimenti alla Presidenza dell'Ospedale Civico. Scadenza 31 agosto.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Si rende noto che, giusta deliberazione N. 466 del 13 luglio 1932, il termine utile per la presentazione dei documenti per l'ammissione al concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi è prorogato fino alle ore 18 del giorno 16 ottobre 1932. Restano invariate tutte le altre norme e condizioni stabilite nel bando di concorso dell'11 aprile 1932.

Argusto (*Catanzaro*). — Scadenza 25 agosto. Gli aspiranti possono rivolgersi alla Segreteria Comunale per ottenere il bando di concorso e prendere visione del capitolato medico.

Arzignano (*Vicenza*). — Condotta del II Rip. Scad. 31 agosto. Per schiarimenti, rivolgersi alla Segreteria Munic.

Belforte del Chienti. — *Ufficiale Sanitario.* (Vedi Macerata).

Caldarola. — *Ufficiale Sanitario.* (Vedi Macerata).

Carpenedolo (*Brescia*). — Condotta medico-chirurgica, 1° reparto. Poveri 1300; abitanti 3500 circa. Stipendio L. 9000; indennità per autotrasporto L. 2500; documenti di rito. Scadenza 15 ottobre 1932. Rivolgersi al Municipio.

Casal Monferrato (*Alessandria*). — Osped. Santo Spirito. Primario sez. medica. L. 4200 (con rid. del 12 %), oltre il 45 % proventi cure ed esami. Età massima 40 anni (45 per combattenti), nessun limite per chi è già in serv. presso Enti pubbl. Minimo di esercizio prof. anni 8. Scad. 30 sett.

Castello d'Alife. — Condotta per il Consorzio Castello e San Gregorio d'Alife. Stipendio L. 8000, con 5 aumenti quadrienn. del decimo oltre l'indennità cavalcatura in L. 2400, il tutto al lordo del 12 %. Residenza obbligatoria in Castello d'Alife. Scadenza 30 settembre.

Castel Sant'Elia (*Viterbo*). — Stipendio lire 10.500 soggetto a cinque aumenti quadr. del decimo. Assegno L. 4 per ogni povero oltre i primi 1000, di L. 400 quale Uff. Sanit., se incaricato di tali funzioni e di L. 1000 per gestione armadio farmaceutico e del servizio di ambulatorio se conferiti. Riduzione 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 25 ottobre.

Cesana Torinese (*Torino*). — Condotta consorziale Cesana Tor.-Clavures. Stipendio L. 10.000. Indennità di cavalcatura L. 1800; di alloggio lire 100; assegno quale Uff. Sanitario L. 500. Il tutto soggetto a riduzione del 12 %. Aumenti periodici graduali fino ad un massimo di L. 5000, dopo venti anni di servizio. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Residenza obbligatoria in Cesana Tor. Scadenza 15 ottobre.

Civitella S. Paolo (*Roma*). — Concorso prorogato al 15 sett. Limite di età abbassato ad anni 35. (Vedi N. 29).

Enna. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare-Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 18.000. Indennità di servizio attivo L. 4000 salvo riduzione 12 % art. 3 R. D. 20-11-1930, N. 1491. Età dai 21 ai 45 anni. Nessun limite d'età è prescritto per coloro che occupano od hanno occupato durante l'ultimo quinquennio un posto di titolare con regolare nomina, presso un altro Consorzio Provinciale Antitubercolare o presso servizi Antitubercolari di Istituzioni Statali o Parastatali. Per gli ex-combattenti saranno osservate le vigenti disposizioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio professionale (in originale o in copia notarile) conseguito da almeno due anni alla data di apertura del presente concorso. Scadenza 20 ottobre 1932.

Firenze. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze.* — Pubblico concorso per titoli al posto di Direttore Generale Sanitario del R. Arcispedale suddetto. Potranno partecipare al concorso i laureati in Medicina e Chirurgia, che non abbiano superato i 45 anni di età, salvo le eccezioni di legge, ed abbiano titoli di servizio ospitaliero compiuto con funzioni direttive in Ospedali di non meno di 200 letti per un periodo non inferiore ad un biennio; e titoli di speciali studi e contributi scientifici e pratici d'igiene generale ed ospitaliera. Il termine utile per la presentazione della domanda corredata dei documenti di rito scade alle ore 16 del 30 settembre 1932. Il posto suddetto è retribuito con l'assegno annuo lordo di L. 25.000 elevabile a L. 30.000, oltre alla indennità di carica di lire 12.000 ed alla indennità di caro-viveri nei limiti di legge. È annesso al posto l'alloggio gratuito senza illuminazione e riscaldamento. Quando venga affidata al Direttore Generale Sanitario la personale immediata direzione igienico-sanitaria di uno o di un gruppo fra gli stabilimenti ospitalieri, gli spetterà uno speciale compenso in misura proporzionale a L. 3000 annue. Per altri chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi alla Segreteria dell'Arcispedale.

Firenze. *Ospedale San Giovanni di Dio.* — Posto di aiuto chirurgo. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 5200 al lordo delle ritenute di legge. Indennità caro-viveri come all'altro personale; compartecipazione, in ragione del 10 %, agli onorari tasse operazioni corrisposte dai degenti in camere separate. Domanda in carta bollata, tassa di L. 50, e documenti, debbono pervenire alla Segreteria del sumenzionato Ospedale, via Borgognissanti 16, non oltre le ore sedici del 15 ottobre.

Per altri chiarimenti rivolgersi alla predetta Segreteria.

GADONI (*Nuoro*). — Per titoli. Stipendio lordo annuo L. 10.500, aumentabile di un decimo ogni quadriennio fino a un massimo di cinque. Periodo prova due anni. Età massima anni quaranta salvo eccezioni di legge. Documenti necessari indicati nel bollettino nazionale concorsi. Assunzione servizio entro un mese dalla partecipazione della nomina, sotto pena di decadenza. Scadenza ore venti del 31 ottobre. Chiarimenti alla Segreteria del Comune.

MACERATA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami Posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio: Tolentino-Belforte del Chienti-Caldarola-Urbisaglia. Stipendio annuo iniziale L. 18.000 con 5 aumenti periodici di un decimo sullo stipendio iniziale per ogni quinquennio, più L. 3000 come rimborso spese per mezzo di trasporto per le visite ordinarie e straordinarie nei comuni del Consorzio. Stipendio e indennità sono al lordo delle ritenute di legge, ivi compresa la riduzione del 12 % di cui il R. D. 20-XI-1930, N. 1491. Sulle prestazioni eseguite nell'esclusivo interesse privato percepirà un compenso a carico privati stessi nella misura stabilita dalla tariffa. Divieto del libero esercizio professionale, di fare consulti e di assumere altri impieghi od incarichi. Obbligo della residenza in Tolentino. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità inerenti possono desumersi nel bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale presso la R. Prefettura di Macerata, debbono pervenire all'Ufficio predetto non più tardi delle ore diciasette del 15 ottobre 1932.

MALAGNINO e BONEMERSE (*Cremona*). — Consorzio con residenza in Malagnino. Ind. res. L. 11.500. L. 2,50 per ogni povero dai 1000 ai 2000; L. 3 oltre i 3000. U. S. 1500. Trasp. (cav. o auto) 4000; ind. amb. L. 300; c.-v. di legge. Il tutto al lordo di R. M., 12 %. Cassa pensioni. Aumenti dell'ind. resid. Num. poveri circa 1200. Età non superiore ai 40 salvo ecc. leg. e chi presta serv. in altre condotte. Serv. di pratica osp. o condotta per almeno 2 anni. Iscrizione Albo. Tassa 50,10. Documenti temporanei non anteriori a 3 mesi dal 20 luglio. Domanda al Pod. di Malagnino. Scad. 20 sett.

MESSINA. — Per titoli ed esami. Quattro posti per le circoscrizioni di condotta medica di Castanea, Faro Superiore, Torre Faro e Quattro Masse. Stipendio annuo L. 9500 aumentabili a L. 10.000 dopo tre anni di servizio, a L. 10.800 dopo sei anni e a L. 11.600 dopo dieci anni. Supplemento di servizio attivo di L. 500 per le condotte di Faro Superiore e Torre Faro; di L. 1700 per Castanea e Quattro Masse con indennità di cavalcatura, per queste due ultime condotte, di L. 2000. Sugli stipendi e le indennità grava la trattenuta del 12 %. Età massima anni 35 salvo eccez. di legge. Scadenza 24 agosto.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Chir., medico primario e direttore osp. civ. per la condotta primaria. Requisiti; almeno 2 anni di osped. importanti o clin. chir.; buona pratica del serv. di condotta, attitudine tecnica. Stip. L. 7040, con 5 quinquenni del decimo; serv. att. L. 528; U. S. L. 500; c.-v. se ammogliato. Trasporto: L. 500 (bic.), L. 2000 (motociclo), L. 4000 (auto). Scad. 15 sett.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo dei Riparti malati di petto. Stip. L. 5500, lorde (R. M. e 12 %), con due bienni del decimo. Stanza in Ospedale con obbligo di pernottarvi. Eventualmente, a turno, servizio di accettazione e pronto soccorso (L. 30 per 24 ore). Nomina per un biennio salvo conferma come aiuto per 4 anni. Età massima anni 30 al 15 agosto; documenti temporanei non anteriori a 3 mesi dalla stessa data. Certif. sana costituzione. Vaglia di L. 50,10 intestato alla Tesoreria Spedale Civile di Padova. Si terrà considerazione dell'appartenenza al P. N. F. e dello stato di famiglia. Scadenza ore 18 del 15 settembre.

ID. — Assistente effettivo di medicina. L. 5000 lorde (R. M. e 12 %). Condizioni come sopra. Scad. ore 17 del 15 sett.

PRATOLA PELIGNA (*Aquila*). — Per una delle due condotte residenziali del Comune. Stipendio iniziale L. 8500, aument. di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni, soggetto alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 agosto.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici. Posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Reggio Calabria. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 45, prorogata a 50 anni per gli ex combattenti; non sarà tenuto conto dei limiti di età per i dipendenti da altre Amministrazioni Provinciali. Da esibire, entro il 20 settembre p. v. i consueti documenti di rito e la prova di aver prestato servizio in Manicomi od in cliniche psichiatriche per almeno quattro anni. Stipendio annuo L. 22.000, aumentabile a L. 23.000 dopo 4 anni di servizio ed a L. 25.000 dopo 8; L. 7.000 all'anno per supplemento di servizio attivo, alloggio gratuito; competenze soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

RIETI. — Per titoli ed esami. Posto di direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare e del Dispensario Provinciale, cui è assegnato lo stipendio annuo di L. 12.000, oltre l'indennità di servizio attivo in L. 2000, con 3 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Scadenza 31 ottobre 1932. Domandare copia del bando di concorso e chiarimenti alla Segreteria del Consorzio in Rieti.

ROMA. *Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.* — L'opera Nazionale per la protezione della maternità e infanzia ha indetto i concorsi per titoli per un posto di Capo della Divisione « Assistenza morale » e di un altro per Capo della Divisione « Assistenza igienico-sanitaria », nonchè per due posti di Capo Sezione, uno amministrativo e l'altro sanitario.

Le domande, corredate dei documenti prescritti, devono essere presentate, non oltre il 30 settembre p. v., alla sede centrale dell'Opera maternità e infanzia, in Roma, dove gli aspiranti potranno rivolgersi, per informazioni.

TOLENTINO. — *Ufficiale Sanitario.* (Vedi MACERATA).

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Assistente esterno Sezione Ostetrica. Programma e Statuto presso la Segreteria dell'Ospedale. Scad. ore 17 del 24 ottobre.

TRAPANI. — Condotta per la Sezione rurale Rilievo. Stipendio annuo lordo L. 8500. Indennità mezzi di trasporto L. 2500; armadio farmaceutico

L. 1200. Stipendio e indennità soggetti alla riduzione del 12 %. Tre aumenti quadriennali e tre quinquennali di L. 750. Scadenza 20 ottobre.

URBISAGLIA. — *Ufficiale Sanitario.* (Vedi MACERATA).

USELLUS (*Cagliari*). — L. 8800, con 4 quinquenni del decimo. C. v. 633,60 se ammogliato; U. S. 440; trasporto (auto) 1760. Il tutto già ridotto del 12 %. Età massima 45, s. e. leg. Tassa concorso 50,10. Scad. 31 ag.

VALLERANO (*Viterbo*). — Condotta residenziale. L. 9240, 5 quadrienni; c.-v. Servizio Ospedale locale L. 2200, gravato ritenute di legge. Scad. ore 12 del 31 agosto.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luigi Maggiore, direttore della Clinica oculistica dell'Università di Bari, è stato chiamato, a voti unanimi della Facoltà Medica, a dirigere quella di Pisa, in sostituzione del prof. Gonella, collocato a riposo.

Nel concorso per medico primario degli Ospedali Riuniti Melacrino e Bianchi, di Reggio Calabria, è riuscito primo ed è stato nominato il prof. Antonino Rapisarda, primario medico e direttore dell'Ospedale di Jesi.

L'Università di Amsterdam ha nominato dottore *honoris causa* in scienze il dott. Harvey Cushing, già professore di clinica chirurgica alla Scuola medica dell'Università Harvard in Boston.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

Nell'Associazione Medica Triestina.

Nella Associazione Medica Triestina che è in pari tempo Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici, in seguito a dimissioni del Presidente dott. A. Cofleri (segretario dott. Winternitz), le riunioni settimanali sono state presiedute dal presidente prof. Oblath, per incarico del presidente interinale dott. C. Lang, segretario provinciale del Sindacato Fascista Medici.

La piccola crisi nella presidenza ha avuto una breve durata perchè nella seduta del 15 luglio u. s. si procedeva già alla elezione della nuova presidenza nelle persone di: prof. C. Ravasini (presidente); prof. E. Oliani (vice-presidente); dott. Donini (segretario); dott. E. Ferrari (bibliotecario); S. Zuech (tesoriere); dott. Batigelli, dott. Catolla, prof. Grandi (consiglieri); prof. Freund, dott. P. Marcovich (revisori effettivi); dott. Robba, dott. Rinaldi (revisori sostituti).

La nuova presidenza sarà certo all'altezza della grave responsabilità assunta e che consiste non solo nel mantenere le tradizioni di elevatezza culturale perpetuatesi in ben 57 anni di vita dell'Associazione, mercè l'opera di disinteressato entusiastico aspotolato svolto dai precedenti presidenti, bensì anche nell'incrementare lo sviluppo per adesione di soci, per la più intensa e proficua partecipazione di tutti alle discussioni che devono essere sintetiche ed apportare un contributo alla esposizione dei relatori.

In un centro ospitaliero come Trieste con tendenze prevalentemente pratiche di tutti i soci, mantenere la tradizionale seduta tutti i venerdì è forse un po' troppo. Non può esserci una messe così copiosa di produzioni originali da occupare tutte le 25 sedute, quali ricorrono in media in un anno.

Una, o al massimo due sedute mensili potrebbero essere sufficienti.

C'è così la possibilità di dar tempo ai relatori di elaborare meglio il materiale da esposizione, di provvedere tempestivamente ai mezzi di dimostrazione e forse anche di far precedere alla esposizione la pubblicazione del testo che può essere spedito ai soci come dispensa mensile del Bollettino.

Quest'ultimo, che pur tanto grava sul bilancio della Associazione, analogamente a quanto succede anche presso altre Accademie o Associazioni, diverrebbe un interessante incentivo di aggiornamento su questioni nuove alle quali, sulla base dei dati forniti dal relatore, si può preparare un contributo di meditata discussione o di osservazioni personali. Si verrebbe per tal modo ad evitare la monotona esposizione di dati che poco vengono seguiti e implicano comunque una perdita di tempo di cui invece è bene largheggiare nella discussione, il cui resoconto potrebbe figurare nei bollettini successivi.

È necessaria l'istaurazione su più larga base dello spirito di collaborazione, di cameratismo.

Con questo invito, il presidente provvisorio dott. Lang, dopo aver ancora una volta ringraziato a nome di tutti i soci il dott. Cofleri, che in lui ricorderanno sempre uno dei più chiari ed amati presidenti, affida fiducioso la nuova Presidenza al valoroso ed illustre urologo il prof. Ravasini. Questi si dichiara lieto di uniformarsi al nuovo indirizzo, più consono ai tempi attuali, e mentre si augura di trovare nei colleghi dei coscienti e competenti collaboratori ed incitatori allo studio, rivolge la sua particolare attenzione alle nuove schiere di valorosi giovani professionisti che possono nella Associazione trovare la possibilità di un pubblico riconoscimento della loro attività clinica e scientifica, un incentivo a migliorare la loro attuale posizione.

* * *

Interessa rilevare l'*attività svolta dall'Associazione nel 1931-32.* Ne sono stati ospiti ed hanno tenuto delle conferenze il prof. Benedetto Morpurgo su « Costituzione e malattia »; il prof. Alberto Ascoli su « Allergia e immunità nella tubercolosi »; il prof. Giovanni Lorenzini su « Aspetti pratici del problema vitaminico »; il prof. Cesare Cavina su « La chirurgia dell'ipofisi »; il prof. Walter Fischer su « Tumori del mediastino »; il prof. Pietro Rondoni su « Biologia del cancro »; il prof. Riccardo Galeazzi su « Eziologia e terapia della scoliosi ».

Oltre a tutta questa serie di conferenze, per lo più riccamente illustrate da proiezioni o da pellicole cinematografiche, c'è stata tutta una serie di contributi svariati di ordine clinico-casistico o monografico.

Se ne sono già dati brevi resoconti o notizie sulla stampa medica. Il testo di tali comunicazioni e delle discussioni sollevate verrà pubblicato nel Bollettino dell'Associazione.

REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

10° Congresso internazionale omeopatico.

Si è tenuto a Parigi, dal 25 al 29 luglio ed è stato organizzato dalla Lega omeopatica internazionale, col concorso delle Società francesi di omeopatia. Il discorso inaugurale è stato tenuto da Le Tellier, che ha trattato la dottrina dell'omeopatia, accennando alla sua storia ed al movimento contemporaneo in favore di essa. Ha tessuto la biografia di Hahnemann e si è mostrato molto fiducioso nell'avvenire dell'omeopatia, mostrando lo sviluppo che ha preso recentemente l'insegnamento di essa, con corsi dimostrativi. Ha esposto i recenti lavori di Turenne sulle lunghezze d'onda medicamentose e sul dinamismo delle diluizioni omeopatiche.

I Congressisti si sono recati in pio pellegrinaggio alla tomba di Hahnemann, al cimitero del Père-Lachaise.

L'ultimo congresso omeopatico internazionale tenutosi a Parigi si era svolto nel 1867; altri congressi internazionali si sono tenuti ulteriormente, tra cui uno a Roma.

Corso di medicina sportiva in Germania.

Si terrà dal 20 agosto al 2 settembre a Wilhelmshöhe presso Ettingen (Baden) sotto gli auspici della Sezione di Baden dell'Associazione tedesca dei medici sportivi. Si tratta di un corso di perfezionamento che comprenderà la teoria e la pratica delle più importanti manifestazioni sportive ed ha lo scopo di mostrare i più recenti risultati delle ricerche sullo sport. Iscrizioni: RM. 65, ivi compreso l'alloggio e la pensione alla Jugend- und Erholungsheim Wilhelmshöhe. Informazioni presso il direttore, dott. F. Dutas, Freiburg i. B.

Corso di perfezionamento in pediatria a Strasburgo.

Si terrà dal 10 al 20 ottobre, sotto la direzione del Prof. Rhomer, nella Clinica Pediatrica di quella Università. Comprende, oltre alle lezioni, la visita clinica con esame dei malati e le dimostrazioni ed esercitazioni di laboratorio. Diritto d'iscrizione Fr. belgi 300. Dirigersi al prof. Rhomer.

La settimana di difesa sociale contro il cancro in Francia.

Si è chiusa al 3 luglio questa « Settimana » che è stata organizzata dalla « Lega francese contro il cancro ». Gli insegnamenti e le nozioni sul cancro sono stati diffusi con i più efficaci mezzi di propaganda: stampa, cinema, radiofonia, conferenze, mettendo in rilievo l'importanza dell'organizzazione di tale lotta, le cause del cancro, il modo di evitare e di guarire i cancri dell'utero, i vantaggi della diagnosi precoce e soprattutto il pericolo dei trattamenti illusorî.

Il Ministro della Salute pubblica, Justin Godart, nella seduta di chiusura ha riassunto le nozioni essenziali diffuse in tale settimana ed ha dimostrato l'importanza della propaganda d'igiene sociale, richiamando l'attenzione sui 12 centri anticancerosi di cui la Francia è ora dotata.

Il certificato prenuziale in Francia.

È in corso di approvazione al Senato francese la proposta della Società di Eugenica con cui, prima di celebrare il matrimonio, si deve esibire un certificato medico, di non oltre 30 giorni, dal quale risulti che lo sposo è stato riscontrato sano alla visita medica. La legge, in caso di certificato falso e qualora conseguissero infezioni e danni alla salute, darebbe facoltà di agire giudiziariamente contro il medico che ha rilasciato il certificiato.

La Legion d'Onore ad una donatrice di sangue.

È stata recentemente insignita della Legion d'Onore, la signora Colin, infermiera dell'Ospedale Laennec, la quale, oltre a segnalati servizi di assistenza in pace ed in guerra, ha dato per 36 volte il suo sangue per la trasfusione.

Il latino ed il greco nello studio della medicina.

La questione è ora molto dibattuta in Francia, specialmente dopo una proposta fatta in Senato che non si possa venire inscritti alla Facoltà di Medicina se non dopo avere conseguito il Baccalaureato che comprende lo studio del latino e del greco. In tal modo, verrebbe ad essere ristretto il numero degli studenti in medicina, in quanto che quelli provenienti da altre scuole ove non si insegnano tali lingue, o quelli stranieri ne verrebbero esclusi. La legge è stata ora portata alla Camera dei deputati, dove però non ha molte probabilità di arrivare in porto, tanto più che, per la maggioranza socialista, gli studi classici non godono troppo favore ed essa tende ad aprire le porte dell'Università anche a coloro che hanno una cultura più limitata o diversa.

Per la lotta contro il reumatismo negli Stati Uniti.

L' « American Committee for the Central of Rheumatism » degli Stati Uniti tenne un convegno a New Orleans il 9 maggio, sotto la presidenza del dr. Raph. Pemberton, in occasione del Congresso dell'Associazione Medica Americana, e ha deciso di adunarsi tutti gli anni, possibilmente in occasione dei congressi dell'Associazione.

Ha organizzato anche una Mostra e distribuito largamente un opuscolo di propaganda, che espone i mezzi diagnostici e curativi delle artriti croniche. L'opuscolo può ottenersi dai medici, richiedendolo al segretario del Comitato, dr. Philip S. Hench, Rochester, Minn., S. U. d'A.

Contro la limitazione delle nascite in Inghilterra.

Una Commissione di rappresentanti della Camera Bassa, convocata dall'on. Canterbury, ha discusso il problema della limitazione delle nascite, rilevandone le gravi conseguenze demoralizzatrici e gli effetti disastrosi per l'avvenire del Paese. Ha deplorato come la maggioranza dei vescovi abbia ammesso che, in circostanze speciali, oltre all'astinenza, siano consentiti altri mezzi anticoncezionali e ha considerato questo principio come contrario agl'ideali della vita cristiana. Una parte dei convenuti ha però riconosciuto legittima questa concessione .(« Journal A. M. A. », 16 luglio 1932).

Per la sterilizzazione degli inadatti in Inghilterra.

La Società d'Eugenica di Londra ha tenuto una conferenza sulla sterilizzazione eugenica. Il Governo britannico ha nominato una Commissione per lo studio del problema.

Infortuni di sanitari.

A Brescia, nell'abitato di Tagliuno, il dott. Franco Ferri, medico condotto, il di lui fratello Umberto, libero docente nell'Università di Roma, e l'industriale Carlo Gaspari, venivano investiti da

una motocicletta pilotata da un giovane ubbriaco, sprovvisto di patente. Il prof. Ferri e il Gaspari riportarono frattura di una gamba; il dott. Ferri contusioni e ferite multiple.

Giubileo dell'Università di Würzburg.

È stato celebrato il 7° cinquantenario di fondazione dell'Università di Würzburg, istituita nel 1582 dal principe vescovo Julius Echter v. Mespelbrunn. L'Università ha nobili tradizioni, sovratutto sulle facoltà di medicina e di scienze naturali; per essa sono passati Paracelso, Virchow, v. Bergmann, Leube, Roentgen, ecc. Conta ora più di 3000 studenti; ha una biblioteca di 600.000 volumi. Le cerimonie commemorative si sono svolte sotto la presidenza del farmacologo prof. Flury.

4° Corso di cultura medica a Varese.

Come abbiamo ripetutamente annunziato, si terrà, a cura dell'Istituto Interuniversitario Italiano, dall'1° al 17 settembre, in Varese. Tra i docenti sono molte spiccate personalità.

Direttore del corso è il prof. Luigi Ponticaccia, Ospedale di Circolo, Varese, al quale possono richiedersi programmi e informazioni.

Esercizio abusivo della professione d'infermiera.

È stata tratta in arresto a Milano l'empirica Lea Ferragun, che esercitava abusivamente la professione d'infermiera e che, in seguito ad una iniezione endovenosa, aveva cagionato gravi conseguenze in un giovane.

È deceduto improvvisamente a bordo del transatlantico che lo trasportava in Italia, il dott. LUIGI LENZI, direttore dell'Ospedale italiano di Buenos Aires.

Da 15 anni il Lenzi dirigeva il grande ospedale italiano bonearense ed era universalmente amato per l'animo gentile, la generosità e il valore.

La salma sarà trasportata a Buenos Aires, dove le si preparano solenni onoranze.

A. P.

Si è spento a Moirago (Milano) all'età di 75 anni il dott. cav. STEFANO GUTIERREZ, fratello del prof. Alfredo, capo dei Servizi sanitari del Comune di Milano. Nativo di Sassari fu medico condotto nel Veneto e chiuse la sua carriera a Belgioioso (Pavia). Alla dichiarazione di guerra, nel 1915, nonostante i suoi 58 anni, si arruolò volontario e combattè sul Carso. Era molto stimato dalle popolazioni per le sue qualità di medico e perchè largo benefattore.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 29 Agosto 1932 - X Num. 35

"IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Febbre esantemica, febbre bottonosa o tifi benigni aberranti?

Prof. GIUSEPPE PECORI,

Direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma.

Gli « Archivi dell'Istituto Pasteur di Tunisi » hanno pubblicato in uno degli ultimi numeri (marzo 1932) una serie di interessanti lavori sulla « febbre bottonosa ». Così, Blanc e Caminopetros fanno conoscere i resultati del loro studio sulla malattia che si osserva in Grecia, identica a quella comune a Tunisi, e la sua trasmissibilità sperimentale all'uomo e agli animali di laboratorio a mezzo di inoculazione della comune zecca del cane, il *Rhipicephalus sanguineus;* P. Durand dimostra la costante possibilità di ottenere, con accorgimenti speciali, positiva la reazione di Weil-Felix nella stessa malattia; Durand e Laigret accertano la sensibilità di alcuni roditori al virus della f. bottonosa di Tunisi e danno la prova sperimentale che la così detta febbre esantematica di Marsiglia immunizza contro la f. bottonosa di Tunisi.

Invero, sia dal punto di vista clinico, sia da quello dell'agente trasmettitore (*Rhipicephalus s.*), l'identità della forma esantematica di Tunisi con quella di Marsiglia era già ammessa; se ne dà ora la sanzione sperimentale. Ma oggi non si deve più ammettere soltanto l'identità della f. bottonosa di Tunisi con quella della Grecia e con la f. esantematica di Marsiglia; si deve riconoscere anche — per osservazioni cliniche, sperimentali ed immunologiche concordi — la stessa identità con le febbri esantematiche osservate su tutto il litorale mediterraneo italiano e francese, in Spagna, in Algeria, al Marocco e anche nel Portogallo e in Rumania.

La riproduzione della forma morbosa nell'uomo a mezzo di inoculazione delle zecche, ed anche con le uova emesse da queste, è stata ottenuta oramai in tutti i paesi nei quali si è osservata la malattia.

In Italia la presenza di questa malattia è stata accertata, oltre che a Roma (dove i casi sembrano più numerosi), a Genova, nel Trevigiano, in Romagna, in Sicilia (Palermo, Catania), in Sardegna (La Maddalena) e nella Colonia della Cirenaica.

È dunque un virus esteso tutt'attorno al bacino del Mediterraneo e anche più oltre, con carattere ovunque di benignità, di non diffusibilità, di dominio nella stagione estiva. Su tale punto tutti sono d'accordo.

Le divergenze sorgono nella determinazione di questo virus, nella individualizzazione della malattia.

È indubbia, dal punto di vista clinico, la grande rassomiglianza ai casi meno gravi di tifo esantematico di questa febbre esantematica o bottonosa o, come noi abbiamo proposto di chiamarla, tifo (1) estivo benigno non diffusivo. Si ritrova, invero, sempre la triade sintomatica tifica caratteristica: febbre continua, a cuspide elevata, per un periodo di circa due settimane; sintomi generali nervosi d'intensità variabile, sino al vero stato tifoso; esantema maculo-papuloso, spesso petecchiale. La diversità di grado dei vari sintomi va naturalmente messa in rapporto con la diversa virulenza del virus.

Differenziazioni sottili si sono volute fare in particolar modo sui caratteri dell'esantema. Ma, se si fossero vagliati meglio i fatti osservati e si fosse tenuto presente che anche nel dermotifo classico l'esantema è, nelle diverse epidemie e nei diversi individui, assai variabile, non si sarebbero scritte tante inesattezze ed errori. Si è affermato persino che nel vero t. e. non si osservano mai papule, che la forma mite o malattia di Brill ha esantema fatto di macule e non di papule; equivocando dermatologicamente ed istologicamente, si sono descritti noduli che sono invece papule. E si è detto anche che gli elementi eruttivi nella f. e. non sono sede di fenomeni emorragici, mentre si riconosceva la trasformazione del colore delle papule in rosso cianotico e rosso violaceo e la non completa scomparsa delle macule alla pressione!

Neppure per quanto riguarda i caratteri istologici delle lesioni vascolari si possono riconoscere differenze con il t. e., salve sempre piccole variazioni di grado: la endotelite desquamativa e proliferativa, la perivascolarite nodulare, lesioni vascolari tipiche del virus esantematico, sono state osservate da noi (nella malattia di Roma) e da altri.

La reazione di Weil-Felix, che si deve ritenere ancora oggi come specifica delle malattie dovute al virus tifico, sembrava ai primi ricercatori solo eccezionalmente positiva nella f. e. Noi abbiamo dimostrato, e poi altri dopo di noi, ch'essa, ricercata in convalescenza, con stipiti diversi di Proteo X 19 è, ad eccezione dei casi leggerissimi, positiva anche a tasso elevato. In esito appunto alla costante positività della W.-F. nella f. bottonosa. Durand conclude che questa forma morbosa deve rientrare tra le malattie che si aggruppano attorno al t. e. e alle sue varietà.

I caratteri clinici e sierologici non sembrano però sufficienti per *identificare* il virus della f. e. portato all'uomo dalle zecche con il virus tifico dato dal pidocchio dei vestiti.

Senonchè di molte altre osservazioni, meglio precisate in questi ultimi anni, occorre tener nota nello studio della complessa questione. È noto infatti come nelle più diverse parti del mondo siano state descritte malattie il cui quadro clinico colpisce per la identità o per la grande rassomiglianza con il quadro della f. e. Tali sono la febbre fluviale giapponese, la febbre da zecche delle Indie e lo pseudo-tifo di Delhi, il tifo di Malesia (in Asia); la febbre maculosa delle Montagne rocciose, il tifo di Alabama, il tifo del Venezuela o febbre di guacarapa (in America); la febbre di Lorenzo Marquez, il tifo di Rodesia, la febbre da zecche di Mozambico, la febbre del Kenya (in Africa); la febbre del Queensland (in Australia) ed altre ancora.

Clinicamente, dice il Toullec, tutte queste etichette — alle quali egli aggiunge il t. e. vero, la febbre bottonosa e la f. della regione marsigliese — coprono una sola e stessa affezione che evolve con modalità variabili secondo l'ospite intermedio patoforo.

Nessuna delle forme morbose qui sopra elencate (eccetto, s'intende, il t. e. vero) sembra trasmessa dal pidocchio. In molte di esse si ha una lesione iniziale paragonabile alla *tache noire* della f. e.; la Weil-Felix è positiva, sia pure con stipiti diversi di Proteo (indologeni o non indologeni); le lesioni istopatologiche ravvicinano tutte queste forme al tifo esantematico.

Se pure non si possa riconoscere un virus identico come causa di tutte queste infezioni europee ed extraeuropee, sembra molto probabile ammettere un legame tra i diversi virus: presumibilmente, trattasi di un unico virus originario, vero virus tifico, che si è andato trasformando per condizioni diverse (serbatoio diverso, vettore diverso, condizioni di luogo, di clima, di razze). Questa è l'ipotesi che noi abbiamo sostenuto per la malattia osservata a Roma, ipotesi che ci sembra estensibile alle altre forme.

Se gli Autori francesi sono in grandissima maggioranza fautori della tesi della indipendenza del virus della f. e. da quello del t. e., non pochi autori di paesi extraeuropei sostengono vedute che concordano o assai si avvicinano alla nostra. Ed essi interpretano anche alcune differenze epidemiologiche o cliniche o sierologiche che si possono osservare

(1) Adottando qui la semplice denominazione di « tifo », ci atteniamo al linguaggio ufficiale internazionale, che per tifo intende appunto il tifo esantematico o petecchiale; mentre usa la voce « febbre tifoide » per intendere il tifo addominale.

in una stessa località con la possibilità di un duplice vettore (ad es. per il tifo della Malesia di Fletcher).

Basta del resto aver sott'occhio il quadro schematico pubblicato da Megaw (capo del servizio medico delle Indie), riassumente sia le diverse forme di febbre del gruppo del t. e. osservate in tutto il mondo (compresa la m. di Brill e la febbre bottonosa), sia i resultati delle inoculazioni dei singoli virus negli animali, per restare convinti della grandissima rassomiglianza fra tutte. Megaw non soltanto identifica le forme delle Indie con quella francese, ma ritiene che tutte le malattie di cui ci occupiamo debbano costituire un « gruppo delle febbri del tifo », nel quale gruppo sieno da comprendere, oltre il classico t. e. da pidocchio, tutte le altre forme similari trasmesse da zecche o da altri artropodi).

*
* *

Poichè per tutte queste malattie che si aggruppano attorno al t. e. il pidocchio è fuori causa e non avviene trasmissione da uomo a uomo, si deve dedurre che esiste una riserva del virus o dei virus rispettivi fuori dell'organismo umano.

Ma è sempre indiscutibile, anche per il vero t. e., l'assioma: l'uomo, unico serbatoio del virus; il pidocchio dei vestiti, unico vettore?

Già il riconoscimento che la malattia di Brill, pur rappresentando, per consenso oramai universale, una forma mite di t. e., non è trasmessa dal pidocchio, scuoteva le basi di questo canone; ma altre acquisizioni sono poi sopravvenute. Il virus del tifo endemico degli Stati Uniti, quello del tifo americano (tabardillo), ed altri tifi endemici, secondo numerose ricerche, avrebbero il loro serbatoio nei roditori; sono i parassiti di questi roditori (pulci, zecche o altri acari) che con ogni probabilità trasportano il virus (che si ritiene unico) all'uomo, sebbene la prova sperimentale diretta non risulti sia stata data. Ma sangue e cervello di ratti, emulsioni di pulci degli stessi muridi, inoculati in scimmie e animali da laboratorio, hanno riprodotto anche in serie la malattia sperimentale. L'identità della malattia del ratto e dell'uomo sarebbe dimostrata sia con le prove immunitarie, sia col reperto della Weil-Felix positiva nelle scimmie e nei conigli inoculati in passaggio dalle cavie, prescindendo dal reperto dei così detti corpi di Mooser (Rickettsie).

Si è affermato da parecchi che il virus del vecchio mondo si differenzia da quello di America, perchè all'opposto di questo, non dà nelle cavie inoculate la caratteristica reazione scrotale (vaginalite) (1). Ma non tutti la pensano così, anche in esito ad esperimenti d'immunità crociata (Pinkerton), e gli esperimenti eseguiti in Francia con le inoculazioni in cavie di emulsione di cervello di topi presi a Tolone, a Brest, a Parigi, infirmerebbero il valore di questo criterio differenziale.

Ma possiamo dire di più, per meglio comprovare l'affinità di tutti questi virus, anche se attenuati. Alcune esperienze in corso presso di noi, da parte del Sampietro, dimostrano la reazione scrotale nelle cavie inoculate nel peritoneo con zecche indigene e con sangue di malati della forma esantematica estiva di Roma.

Fatti questi che — oltre invalidare l'addotta insensibilità della cavia al virus della febbre esantematica mediterranea — debbono essere ben tenuti presenti anche se si voglia ammettere (Zozaya, Nicolle, Brumpt, Netter) che il virus dei roditori sia da considerarsi come un virus associato (virus tifico specifico patogeno per l'uomo e virus di sortita producente la lesione scrotale nelle cavie, e non patogeno per l'uomo).

Da notare infine che anche il Vernoni (inedito) avrebbe ritrovato Rickettsie nella vaginale del testicolo di cavie inoculate con il virus della malattia che si osserva a Roma.

Comunque, è dato ritenere che, pur dovendosi considerare sempre il pidocchio come il vettore e il fattore delle grandi epidemie di t. e. (probabilmente anche perchè le Rickettsie nell'intestino del pidocchio si riproducono e si moltiplicano, ciò che non avviene negli altri vettori), altri artropodi di provenienza murina possono partecipare alla genesi di piccole epidemie. Le osservazioni sui topi di Tolone rafforzano queste nuove vedute e fanno pensare, anche per il tifo del vecchio continente, ad un legame tra il tifo stesso ed il topo.

Ma v'ha di più. A Tolone (Marcandier e Plazy) e in Grecia (Lépine) si sarebbe dimostrata, insieme con la f. e. da zecche, la esistenza di un tifo benigno portato all'uomo dalle pulci o da altri parassiti dei topi (sulle navi di Tolone da un acaro che punge anche l'uomo, il *Dermanyssus muris*?). Il virus di questo tifo darebbe negli animali immunità crociata con il virus del t. e. epidemico; quello della f. e., no. La coesistenza dei due virus, il diverso comportamento immunologico costituirebbe per gli autori francesi un argomento di più a favore dell'indipendenza dei due virus stessi.

Non si può non notare però — e non soltanto a titolo di semplice coincidenza — che il virus della f. e. è stato ritrovato da Blanc, non già nelle zecche delle località interne della Grecia, ma soltanto in quelle dei porti, cioè proprio là dove sono più frequenti i topi ai quali anche, come si sa, il *Rhipicephalus* si

---

(1) Una sensibilità specifica della congiuntiva del coniglio è stata altresì dimostrata con i virus americani e con quello della febbre fluviale giapponese. È noto però che, anche per il virus del tifo del vecchio mondo, la congiuntiva ha una specifica sensibilità naturale, come si dimostra con la caratteristica congiuntivite dei colpiti (occhio di lepre); congiuntivite che si osserva anche nella f. e. (Roma). Sperimentalmente poi si è riprodotta la f. e. nell'uomo con strofinazione di triturato di zecche sulla congiuntiva.

attacca. Ciò che può indurre a pensare (Blanc e Caminopetros, Pecori ed altri) alla possibilità di passaggi di virus da animale ad animale, con conseguente variazione di virulenza e altresì con le conseguenti possibilità di più o meno facile diffusione all'uomo. Condizione questa ultima che si dimostra anche per altre infezioni (febbre ricorrente).

Con questa ipotesi si accorda la benignità osservata in Europa dei tifi da ratti, avendo Nicolle dimostrato appunto che in questi animali l'infezione con virus tifico europeo si ha soltanto sotto « forma inapparente »; ciò che non accade col virus messicano.

Ma, come si può avere, con i mutamenti di serbatoi o di vettori, attenuazione del virus originario, così se ne può avere esaltazione. Ne è esempio il tifo endemico estivo brasiliano, a mortalità assai elevata, al quale pure è estraneo il pidocchio.

Ammessa la possibilità di serbatoi e di vettori diversi di virus, ed ammesso, senza dissensi, per la così detta febbre esantematica mediterranea, che il ruolo di vettore spetti alla zecca del cane, resterebbe a dire a quale animale — escluso per ciò che si è detto l'uomo — si attribuisca il ruolo di serbatoio del virus.

Ma neppure su questo punto l'accordo è completo. Sembrerebbe logico pensare al cane, e questa ipotesi è stata da noi già da qualche tempo avanzata. Esperienze d'inoculazione di sangue di malati nel cane, altre esperienze di infestazione di zecche del cane stesso, sarebbero però riuscite negative. Accertata la trasmissione ereditaria del virus nella zecca (Blanc e Caminopetros), se n'è dedotto che il *Rhipicephalus* agisce da vettore e da serbatoio insieme. Per altri però (Durand) l'infezione del cane esisterebbe, ma sarebbe inapparente, essendosi potuto dimostrare che il sangue dell'animale infetto è virulento come quello dell'uomo. Gli insuccessi sperimentali al riguardo sarebbero da attribuirsi all'immunità acquisita dai cani per pregresse infezioni subìte naturalmente.

Si deve aggiungere che recenti ricerche eseguite a Roma (Reitano e Boncinelli) hanno dato il reperto della Weil-Felix positivo in una buona percentuale di cani presi nelle zone eccentriche della città.

Un ultimo elemento che si è voluto far valere come probativo per l'addotta diversità dei virus è quello della mancanza d'immunità crociata. Ma una consimile constatazione è stata fatta anche sperimentando con le diverse varietà di spirocheti della febbre ricorrente. E nessuno pensa a dividere questa unità nosologica in entità cliniche diverse.

*
* *

Come si vede, numerose conoscenze ci derivano dalla osservazione e dallo studio delle infezioni a tipo « tifo esantematico » compiute oramai in tutto il mondo. Se non è dato ancora trarre conclusioni complete e definitive dai fatti studiati ed osservati, dei quali soltanto i principali abbiamo qui sommariamente riassunto, è tuttavia possibile fissare alcuni punti fondamentali:

1) Infezioni, non determinate dal pidocchio, nè contagiose, ma rivestenti dal punto di vista della clinica e in gran parte anche da quello del laboratorio i caratteri del tifo esantematico, si riscontrano in tutte le parti del mondo.

2) Vettori di queste infezioni sono: più di frequente le zecche, meno spesso altri acari o pulci parassiti di roditori. L'assenza del pidocchio, parassita obbligato dell'uomo, spiega la mancanza di diffusibilità da persona a persona delle infezioni stesse.

3) L'escara iniziale o *tache noire* — quando si osservi — deve essere considerata come la reazione all'offesa locale prodotta dal virus; poichè, anche sperimentalmente, essa si riproduce con l'inoculazione intradermica del materiale infettante.

4) Non sembra possibile pensare che un numero notevole di virus, diversi uno dall'altro, producano nell'uomo manifestazioni cliniche e sierologiche identiche o quasi: bisogna ammetterne, per lo meno, l'origine da un virus unico, cioè dal virus petecchiale. Con il mutare dell'animale serbatoio si modifica il potere patogeno di questo virus, così come con il mutare dell'artropode vettore si modificano i caratteri epidemiologici.

5) Tutte le forme esantematiche dei vari paesi debbono essere raggruppate attorno al t. e. La così detta malattia di Brill è con ogni probabilità la forma attenuata più vicina al vero tifo.

6) Due tipi principali di queste infezioni possono oggi essere stabilite secondo l'animale vettore: *a*) da parassiti di roditori (o tifi di origine murina); *b*) da zecche. Ma non è da escludere che anche le zecche si siano originariamente infettate da roditori.

7) La speciale forma esantematica estiva che si osserva sul litorale mediterraneo (e anche in Italia) causata da punture di zecche del cane (*Rhipicephalus sanguineus*) infette, dev'essere riferita anch'essa all'azione di un virus derivante da quello del vero t. e., modificato ed attenuato attraverso un ospite inadatto: donde la sua benignità. La poca diffusibilità e l'assenza di contagiosità di questa, come delle altre forme, sono la conseguenza della non facile evenienza che l'artropode vettore punga l'uomo. Il carattere stagionale è in relazione con il ciclo di vita di detto artropode.

8) Il virus trasformato o differenziato, se ha perduto alcune delle proprietà del virus originario, ne ha indubbiamente conservate le principali, le quali danno ragione dei caratteri comuni a tutte le forme morbose riscontrate.

9) Sulla base delle conoscenze attuali non sembra ingiustificato considerare queste malattie come varietà di tifo esantematico o come « tifi aberranti ».

*
* *

La questione costituisce uno dei temi del prossimo Congresso internazionale d'Igiene mediterranea che si terrà a Marsiglia. E' da augurarsi che dalla discussione che ne sarà fatta, i vari lati di essa possano essere più completamente lumeggiati.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI RIUNITI ED INCURABILI DI NAPOLI
V REPARTO CHIRURGICO
diretto dal Prof. GAETANO BERNABEO.

Sul trattamento chirurgico degli ani contro natura

per il dott. FERDINANDO IOVINO,
assistente ordinario di chirurgia.

Sul trattamento degli ani contro natura molto si è discusso. Trattasi di una affezione delle più dolorose ed impressionanti, che porta con sè qualche cosa di immondo per il povero malato, con profondo avvilimento morale; pertanto è giustificabile il tentativo da parte dei ricercatori di portare il proprio contributo alla risoluzione di sì importante problema.

Attualmente se da un lato le cause di formazione dell'ano c. n. sono andate diminuendo, per il fatto che, essendo la principale causa dell'ano c. n. l'ernia strozzata caduta in sfacelo e praticandosi attualmente la chelotomia senza esitazione all'inizio degli accidenti di strozzamento, non si ha più ano c. n. a seguito di ernia strozzata (e poi la stessa ernia strozzata è molto meno frequente che prima a causa delle numerose cure radicali che si praticano correntemente per le ernie semplici); dall'altro lato le fistole stercoracee sono molto più frequenti che altre volte per lo sviluppo stesso della chirurgia moderna, a cagione sopratutto delle operazioni che si praticano comunemente oggi sull'appendice ileocecale.

L'accordo sull'argomento non si può dire ancora totalmente ragiunto, per cui non ci sembra fuor di luogo riassumere le fasi della controversia e portare in ultimo il nostro modesto contributo personale.

I vari processi proposti dai diversi autori per la chiusura dell'ano c. n. risentono dell'epoca in cui sono stati emessi: alcuni di essi (Dieffenbach, Denonvilliers, Malgaigne) sono precedenti all'era antisettica; trattasi di metodi forzatamente superficiali, per timore di aprire la cavità peritoneale ed inoculare la cavità sierosa, metodi cioè extraperitoneali. Però all'aurora dell'era antisettica alcuni precursori passarono ai metodi intraperitoneali, che vanno dalla semplice enterorrafia laterale alla enterectomia tipica: fra questi audaci ci basta ricordare a titolo di gloria per il nostro Ospedale il Prof. Caccioppoli, il quale per il primo ha nel 1891 eseguito nel reparto da lui diretto dell'Ospedale Incurabili due laparoenterectomie per la cura di fistole intestinali consecutive a gangrena da strozzamento erniario con risultati favorevolissimi. L'Autore sin d'allora inquadrò magistralmente il problema della cura degli ani c. n., ritenne che la soluzione del problema operativo in essi era subordinata alla presenza o meno dello sperone, ai caratteri del tragitto fistoloso (fistola a tubo, fistola a labbro) e concluse dall'analisi delle statistiche e dall'esame anatomopatologico che l'operazione intraperitoneale era da preferirsi sempre, a meno che non si fosse trattato di una fistola intestinale che poteva guarire mercè giudiziosa compressione ed opportuna causticazione.

Bisogna però aggiungere che le statistiche dopo la enterectomia davano una mortalità enorme, dal 32 % di Goetz al 25 % di Le Dentu (1895), per cui il metodo intraperitoneale fu giudicato molto pericoloso e vi fu un indietreggiamento; si ritornò così ai metodi extra-peritoneali che si moltiplicarono di numero allo scopo di perfezionarli (Quenu, Lenormant) con miglioramento dei risultati, i quali però rimasero imperfetti. Attualmente si assiste alla rinascita del metodo intraperitoneale, le statistiche sono confortanti: Holbaum (1924) riporta una statistica di 42 casi con un solo morto, Kappis (1927) 10 casi con 10 successi, Basset (1930) riunisce 158 casi trattati col metodo intraperitoneale con una sola morte, Duval (28-2-1928) alla Società Nazionale di Chirurgia di Parigi ha ancora una volta confermato il valore e le indicazioni del metodo intraperitoneale, riferendo di 38 casi trattati tutti con successo.

Sicchè le operazioni intese a curare l'ano artificiale possono distinguersi in extra-peritoneali ed intraperitoneali: le prime si classificano così: 1) Operazioni sullo sprone, 2) Operazioni sull'orifizio, 3) Operazioni sullo sprone e sull'orifizio.

Le operazioni intraperitoneali permettono di agire direttamente sul tubo intestinale e possono raggrupparsi così: 1) Enterorrafia

laterale, 2) Enterectomia, 3) Enteroanastomosi (esclusione).

Talvolta si può avere la guarigione spontanea e ciò quando l'ano c.n. interessa l'intestino molto in basso, si presenta con sperone corto, capo inferiore permeabile, orifizio cutaneo stretto.

Poichè la guarigione spontanea si può avere negli ani con sperone corto o meglio senza sperone, lo sforzo dei chirurgi si è rivolto dapprima verso quel tramezzo verticale costituito dallo sperone, creato dalla giustapposizione delle due anse afferente ed efferente, in modo da trasformare un ano c.n. con sperone in uno senza sperone, o per meglio dire in una fistola stercoracea; la quale è caratterizzata dal fatto che lascia uscire dalle vie naturali una piccola quantità di materia e gas intestinali, mentre nell'ano c.n. al contrario vi è fuoriuscita della quasi totalità delle materie fecali.

Sorsero così una serie di processi ingegnosi destinati a sopprimere lo sperone. Lo sperone fu dapprima ricacciato indietro con manovre esterne: Desault (1791) si servì di una spirale, Dupuytren (1809) si servì di una mezzaluna di avorio, Colombe inventò una cannula curva per facilitare questa manovra, Maurer sempre allo stesso scopo applicò un pallone di caucciù gonfiato di aria. Nel 1816 Dupuytren immaginò il suo geniale enterotomo, composto essenzialmente da due branche divergenti articolate; questo strumento ha per iscopo di sezionare lo sperone lentamente e progressivamente dalla periferia verso la profondità.

Stabilitosi il passaggio dei materiali, l'ano con sperone viene così trasformato in una larga fistola laterale; talvolta si vede senza l'aiuto dei piccoli mezzi plastici l'orifizio cutaneo in seguito alla enterotomia chiudersi.

I risultati di questo processo operatorio furono secondo una statistica del Dupuytren del 1839 (riportata anche da Le Dentu - 1895) il 29 % di guarigioni complete per la semplice enterotomia, il 71 % di successi se all'enterotomia si associano operazioni autoplastiche, il 22 % di insuccessi, il 7 % di mortalità. Però i casi che venivano ritenuti per successo spesso erano dei risultati incompleti per cui la realtà non era quella prospettata.

Oltre la enterotomia lenta del Dupuytren, che è la meno pericolosa, vi è ancora la sezione dello sperone col bisturi proposta da Schamakalden e da Richelot.

I metodi plastici associati all'enterotomia, detta meglio da Le Dentu, kentrotomia, sono molteplici; essi rientrano tutti nelle operazioni estraperitoneali e possono usarsi sia da soli, quando pur non esistendo uno sperone pronunziato la fistola intestinale non va incontro alla guarigione spontanea; sia, come più frequentemente accade, in seguito alla soppressione dello sperone. Per obliterare dunque l'orifizio furono proposti varii tipi di suture (Malgaigne, Jobert, Perier, Chaput, Heidenreich, Biondi, Titone, Krause, Demoulin (1)) basate quasi tutte sul principio di produrre intorno alla fistola un ravvivamento a base di collaretto e riavvicinare con dei fili le superfici ravvivate.

I metodi extraperitoneali sono pochissimo lesivi per il paziente e in caso di insuccesso non precludono la via alla enterectomia o alla enteroanastomosi. Hanno l'inconveniente per l'esito futuro che si riflette sulla canalizzazione intestinale, la quale può essere seriamente minacciata in un tempo più o meno lontano dalla retrazione cicatriziale delle suture praticate nell'atto operatorio sulla parete dell'organo, specie se la plastica fu fatta sul tenue, con lume piccolo e stenosabile. Altro inconveniente è che il metodo estraperitoneale si propone di realizzare una sutura intestinale con stoffa insufficiente, sprovvista di peritoneo sano, la cui riunione, a causa di ciò è spesso aleatoria.

Per tale ragione le operazioni autoplastiche, le suture con o senza kentrotomia, sono operazioni infedeli, necessitano spesso interventi ripetuti e molteplici, però quando la guarigione sopraggiunge si può dire che il malato non ha corso nessun pericolo; esse danno insuccessi esasperanti, per cui sovente bisogna ricorrere in ultima analisi ad una operazione intraperitoneale. Le cause d'insuccesso si spiegano agevolmente: per quanto lontano si possa spingere la dissezione intraparietale dell'ansa, il foglietto fibroso che unisce il peritoneo parietale a quello intestinale non sarà giammai resecato, perchè bisognerebbe passare in peritoneo libero, cioè in zona sana (ora il principio del metodo invece è proprio quello di non aprire il peritoneo); ne risulta che per forza le suture comprendono un segmento intestinale sclerosato, non adatto a sopportarle, per cui facilmente cedono, si hanno riaperture spontanee a distanza più o meno lunga, i successi sono perciò rari. Dippiù restano sempre delle aderenze del segmento occluso e del tenue alla parete: ora queste ade-

(1) Per la descrizione dei suesposti metodi, vedi indicazioni bibliografiche.

renze sempre lasse al principio non tardano a divenire definitive ed il solo mezzo per evitarle è la chiusura per via intraperitoneale.

***

I metodi intraperitoneali possono raggruparsi così:

1) enterorrafia laterale;

2) enterectomia;

3) enteroanastomosi, esclusione (Mattoli).

L'enterorrafia laterale, da non confondere con l'enterorrafia laterale estraperitoneale di Chaput, fu praticata per la prima volta da Polano nel 1853, e su di essa richiamarono l'attenzione in seguito Czerny e Trelat. L'operazione consiste in una laparatomia a distanza dall'ano c.n., con una incisione che va fino al peritoneo oppure si pratica una incisione intorno all'orifizio cutaneo in senso circolare fino al peritoneo: si procede alla liberazione dell'ansa dalle aderenze parietali, poi l'ansa è esteriorizzata insieme col segmento parietale che resta aderente, la si attira al di fuori e la si fa poggiare su di un letto di compresse. Si escide allora in blocco l'orifizio intestinale, la totalità della fistola ed il suo orifizio cutaneo; la larga breccia creata da questa escissione sulla parete intestinale in zona sana è poscia suturata in due piani. Si riduce l'ansa nel ventre, l'intestino non resta accollato alla parete, la quale si chiude piano per piano, la pelle sarà suturata, al più sarà lasciato un piccolo drenaggio sottocutaneo.

Sui risultati di questa operazione varii autori si sono intrattenuti, alcuni di essi ritengono che se si tratta di ani con sperone è opportuno far precedere alla enterorrafia la enterotomia alla Dupuytren, tra questi Le Dentu, Sacuto, il quale ultimo riferisce di 8 casi trattati in questa maniera tutti con ottimo risultato; egli ritiene che la soppressione preliminare dello sperone permette di suturare largamente senza timore di stenosi consecutive.

Duval invece, il quale si è sempre servito nei suoi 38 casi della sutura intraperitoneale, dichiara di non essersi mai preoccupato dello sperone e di aver sempre ottenuto buoni risultati egualmente.

Lejars elogia la bontà dell'enterorrafia laterale dopo la distruzione dello sperone; egli ritiene che l'orifizio intestinale con questo sistema si può curare come una semplice soluzione di continuo laterale, trasformarla in una perdita di sostanza regolare a labbra cruentate su tessuto sano e la sutura può essere eseguita nel miglior modo possibile.

L'*enterectomia*, seguita dalla riunione immediata dei due capi recisi, è un'operazione più grave dell'enterorrafia laterale, però essa rimane sempre l'operazione ideale, il cui risultato è che la lesione è definitivamente soppressa e il corso delle materie si ristabilisce. In questa operazione una incisione circolare circoscrive l'ano o l'orifizio fistoloso: si procede all'apertura del peritoneo ed esteriorizzazione dell'ansa, come per l'enterorrafia laterale, si piazzano due pinze sul capo superiore ad un dito trasverso di distanza l'una dall'altra, si fa lo stesso per il capo inferiore, poi si seziona con un colpo di forbici l'intestino tra le pinze a livello della pinza più vicina all'orifizio anormale. Poscia si fa la sutura circolare del capo superiore con l'inferiore, un sopragitto chiude anzitutto la breccia mesenterica e due piani di sutura sono sufficienti in seguito per l'enterorrafia circolare.

Della enterectomia si sono occupati varii autori, fra essi Le Dentu, Caccioppoli, Julliard, Pollosson, Toinon, Santy, Turazza, Delore, Holbaum, Lapointe: questi tre ultimi autori in una statistica riportata da Sacuto riferiscono di 69 casi con 2 morti, sicchè la mortalità che era nel 1895 del 26 % (Le Dentu) è scesa nel 1930 al 3 %, mentre nell'enterorrafia laterale la mortalità è nulla su 97 casi riportati.

Ci rimane ancora a parlare dell'*enteroanastomosi* e dell'*esclusione intestinale*. Trattasi di metodi indiretti che agiscono sulla fistola sopprimendo il corso dei materiali nell'ansa interessata. Il ventre è aperto in zona sana, a distanza dalla fistola, l'esame del focolaio è praticato sforzandosi di distruggere al minimo le aderenze protettrici; ciò permetterà di riconoscere l'ansa afferente ed efferente, quindi si procederà all'anastomosi fra le due anse, l'una a monte, l'altra a valle della lesione.

Però malgrado lo stabilirsi di un'anastomosi, siccome essa non si opporrebbe al passaggio di una parte dei materiali attraverso l'ansa malata, conviene realizzare la esclusione dell'ansa stessa: questa può essere bilaterale quando viene obliterata ai suoi due capi con una sutura, unilaterale quando la chiusura non porta che su uno dei capi, sul capo centrale dell'ansa fistolosa (quest'ultima operazione è da rigettarsi perchè permette sempre un riflusso antiperistaltico dei materiali verso l'ansa esclusa).

In conclusione le operazioni intraperitoneali costituiscono dei metodi eccellenti a condizione di essere usati coscenziosamente: nonostante i pericoli insiti in esse allo stato attuale della chirurgia sono nettamente prefe-

ribili alle operazioni extraperitoneali; bisogna solamente avere alcuni accorgimenti per lasciarsi guidare nella scelta fra la enterectomia, la enterorrafia, la enteroanastomosi. Per ciò che riguarda la prima è necessario che gli ani siano ben cicatrizzati, circondati da tegumenti assolutamente sani, la più piccola suppurazione costituisce controindicazione formale; si spiegano così i disastri ottenuti dalla prima applicazione del metodo. In sì fatti casi detti *impuri* da Sacuto, si può ricorrere ai metodi indiretti intraperitoneali, cioè all'enteroanastomosi, seguita a più o meno breve scadenza dalla resezione secondaria dell'ansa malata.

Tra le operazioni intraperitoneali, quindi, l'operazione ideale è la resezione dell'ansa malata insieme con l'ano c.n. e la riunione circolare dei due capi dell'intestino. Se delle aderenze profonde rendono questa estirpazione troppo laboriosa si ricorra alla esclusione intestinale; le indicazioni dell'esclusione sono perciò dovute alle controindicazioni della resezione. A tal proposito è da tener presente lo stato generale del malato: la semplice anastomosi è infatti l'operazione intraperitoneale più innocente e più rapida.

L'enterorrafia laterale si può riservare ai casi in cui la perdita di sostanza intestinale è meno estesa, quando esiste un solo orifizio dell'intestino senza diverticoli, quando l'ansa fistolosa è poco aderente e facilmente staccabile dalla parete, quando sopratutto il calibro dell'intestino permette di unire la ferita senza avere a temere una stenosi.

Invece se l'ansa è largamente lesa, i capi sono divergenti, è preferibile l'enterectomia. Analogamente negli ani con sperone, se non si vuol ricorrere alla enterorrafia previa enterotomia alla Dupuytren, si può ricorrere alla sola enterectomia; negli ani laterali senza sperone invece la sola enterorrafia è spesso sufficiente, specie se si tratta del grosso intestino, in cui vi è abbastanza tessuto perchè la riunione possa essere ben fatta e non è da temere il restringimento; per tale ragione questo metodo è poco consigliabile se si tratta dell'intestino tenue.

Nel caso che noi abbiamo trattato e che descriveremo siamo ricorsi al trattamento intraperitoneale: enterectomia seguita da sutura capo a capo; in esso già i metodi autoplastici erano stati adoperati con insuccesso.

STORIA CLINICA. — S. P. di F., di anni 3, da Afragola Viene ricoverato di urgenza nell'Ospedale Incurabili il 30-VII-1929 in preda ad occlusione intestinale.

La malattia attuale, a dire della madre, rimonta al giorno 26 luglio epoca in cui il bambino improvvisamente fu preso da violenti dolori addominali a tipo colico con vomito fecaloide ed arresto delle feci. Un sanitario interpellato fece procedere ad enteroclismi, applicazioni topiche sulla parete addominale, senonchè persistendo le condizioni gravi fu consigliato il ricovero in Ospedale. Operato di pronto soccorso all'apertura dell'addome si conferma la diagnosi di ileo-paralitico e si pratica un ano iliaco destro. Le condizioni generali migliorano rapidamente; però due giorni dopo il ricovero l'infermo per volontà del padre e contro il parere dei sanitari viene portato via dall'Ospedale.

Il giorno 2 settembre dopo circa un mese di assenza, il bambino viene riportato al pronto soccorso ospedaliero con strozzamento dell'intestino prolassato attraverso l'ano c. n.; viene di nuovo operato dai chirurgi di guardia i quali procedono alla riduzione dell'intestino prolassato previo allargamento della precedente breccia operatoria.

Venuto alla nostra osservazione nel reparto chirurgico diretto dal prof. Gaetano Bernabeo, si nota la presenza di un ano iliaco destro con facile prolasso dell'intestino specie sotto gli sforzi del pianto e della tosse. In un primo tempo si cercò di ottenere, previa riduzione del prolasso, la chiusura dell'orifizio preternaturale mediante la costipazione insieme con medicature opportunamente congegnate con tamponi di cotone comprimenti l'orifizio cutaneo. Poscia si tentò un metodo extraperitoneale consistente nella recentazione dei margini dell'ano c. n. e nella sutura di essi: è opportuno aggiungere subito che la sutura non mantenne, i punti usurarono la superficie cutaneo-mucosa, per cui dovettero essere tolti in quarta giornata. In seguito al detto insuccesso, il quale aveva provocato un allargamento della breccia cutaneo-mucosa col prolasso sempre maggiore dell'intestino, il nostro direttore prof. Bernabeo pensò di ricorrere al metodo intraperitoneale.

Il 13 novembre il bambino in narcosi cloroformica viene sottoposto a definitivo intervento chirurgico consistente in laparatomia laterale destra con resezione intestinale ed anastomosi terminoterminale dei monconi risultanti dalla porzione di intestino formante ano c. n.

Una ottima modifica al processo fu portata dal prof. Bernabeo, il quale dopo la riduzione del prolasso e prima dell'apertura del peritoneo, procedette alla sutura dei margini dell'orifizio cutaneo, per cui l'operazione si mantenne in un campo meno settico e si evitò il versamento del contenuto intestinale nel peritoneo. La parete addominale fu suturata per strati, il decorso postoperatorio locale fu ottimo, qualche punto cutaneo suppurò, però la ferita operatoria volse rapidamente alla cicatrizzazione. In ottava giornata si ebbe l'insorgenza di una bronco-polmonite, che fu debellata mediante le opportune cure; il bambino fu dimesso dall'Ospedale il 7-XII-1929 completamente guarito.

Rivisto dopo un anno dall'intervento operativo si nota che la cicatrice è solida, non vi è sfiancamento della parete addominale, la funzione intestinale si è sempre conservata bene, il bambino in questo periodo ha proceduto in modo regolare nel suo sviluppo.

RIASSUNTO.

L'A. passa in rassegna i rari metodi in uso per il trattamento chirurgico degli ani contro natura, riferendo sulle particolari indicazioni inerenti a ciascun metodo.

Riporta un caso di ano contro natura operato nell'Ospedale degli Incurabili con una particolare modifica di tecnica e conclude sulla bontà del metodo intraperitoneale.

BIBLIOGRAFIA.

ANTOGIOVANNI. *A proposito del metodo Biondi per la cura chirurgica delle fistole intestinali.* Policlinico, Sez. pratica, 1922.

CACCIOPPOLI. *La laparoenterectomia nella cura dell'ano c. n.* Rif. Medica, 1891.

CHAPUT. *Cura dell'ano c. n.* Ibid., 1894.

ID. *Dei nuovi metodi di cura dell'ano c. n.* Ibid., 1890.

DÉLORE e PATEL. *Cura dell'ano c. n.* Revue de Chirurgie, giugno 1901.

DEMOULIN. *Nuovo metodo extraperitoneale di chiusura dell'ano artificiale.* Rif. Medica, 1912.

DUVAL. *Chiusura operatoria delle fistole ed ani colici chirurgici.* Presse Médicale, 1928.

EGIDI. *Ani artificiali e fistole stercoracee.* Clinica chirurgica, 1919.

FORGUE. *Précis de patologie externe,* tome 2°, p. 660.

GUEULLETTE. *Pratique médico-chirurgicale,* t. 1.

LE DENTU e DELBET. *Trattato di chirurgia,* vol. 24.

LEJARS. *La cura operatoria dell'ano c. n.* Bull. Médicale, gennaio 1896.

MATTOLI. *La chirurgia del colon.* Studium, 1920.

POLLOSSON e COMTE. *Cura chirurgica degli ani c. n.* Lyon Chir., 1925.

RICHELOT. *Sezione estemporanea dello sperone nell'ano c. n.* Rif. Med., 1899.

SACUTO. *Sulla chiusura delle fistole ed ani c. n col metodo diretto intraperitoneale.* Vigne, éd., Parigi, 1930.

SOLIERI. *Contributo alla cura delle fistole intestinali ed ani c. n.* Clinica Chirurgica, 1908.

TITONE. *Nuovo processo operativo per la cura delle fistole intestinali ed ani c. n.* Ibid., 1910.

TURAZZA. *Sopra un caso di fistola intestinale.* Riforma Medica, 1898.

WANTVERTS. *Esclusione unilaterale dell'intestino per la cura dell'ano c. n.* Presse Médicale, 1903.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO - PAD. FLAJANI - ROMA
diretto dal primario Prof. A. CHIASSERINI.

Echinococcosi delle vie biliari extraepatiche.

Dott. GIOVANNI PICARDI, assistente.

Che le cisti di echinococco del fegato possano ostruire le vie biliari extraepatiche è un fatto conosciuto da molto tempo. La conoscenza di questa possibilità è dovuta principalmente ad osservazioni anatomopatologiche, in seguito alle quali è stato anche constatato che la cisti idatidea, a differenza di quella alveolare, ha grande tendenza ad aprirsi in organi cavi tubulari vicini (Kaufmann). Son queste le cisti del fegato che talvolta si aprono nelle grandi vie biliari.

In seguito, parallelamente ai progressi della chirurgia, è occorso di osservare tale evenienza anche al tavolo operatorio. Queste osservazioni però sono relativamente scarse.

Quénu nel 1906 riunì 14 casi di cisti da echinococco aperte nelle vie biliari e trattate chirurgicamente.

Finzi nel 1925 raccoglie altri 11 casi di cui uno personale.

Nello stesso anno Devé ha raccolto in tutto 176 casi di rottura di cisti del fegato nelle vie biliari.

Bengolea su 271 operazioni delle vie biliari ha osservato solo due casi di echinococco.

Okinschewisch nel 1922 riferì un caso di echinococco del coledoco su 134 operazioni sulle vie biliari.

Finkelstein su 380 operazioni sulle vie biliari e su 147 per echinococco solo in 3 casi trova echinococco del coledoco.

Slower nella letteratura raccoglie 90 casi di rotture di echinococco nelle vie biliari e riferisce su di un caso di rottura della cisti nei bronchi e nelle vie biliari.

Tschasiwikoff su 354 operazioni e su 68 per echinococco, solo in due casi trova otturazione del coledoco da cisti di echinococco.

Ritengo perciò degno di essere notato il caso che espongo (e che è stato seguito da guarigione completa) anche per mettere in rilievo le difficoltà diagnostiche di questa evenienza, spesso molto grave (70 % di mortalità secondo Kronwell e Vegas, 29 % secondo Lagos, 41 % Finocchietto, Prat e Piquerez 47 %, Finkelstein 25 %), tenendo anche conto delle possibili guarigioni spontanee consecu-

tive allo svuotamento completo della cisti o alla sua sterilizzazione.

F. A., anni 36, maritata, senza figli.

Non ricorda malattie degne di nota sino all'attuale.

Nel settembre 1930 in pieno benessere attacco doloroso all'ipocondrio D. con irradiazioni verso sinistra e in basso: vomito, non ittero.

Nell'agosto 1931 altra crisi dolorosa con i caratteri della precedente, ma più violenta. Dal novembre ad oggi (gennaio 1932) i dolori all'ipocondrio destro si sono ripetuti con grande frequenza. Da 15 giorni febbre a tipo remittente, che ha raggiunto i 39°, stipsi; minzione frequente e dolorosa. Non si è accorta di essere itterica, ma le urine si sono fatte color marsala; le feci non pare fossero scolorate. Assenza di prurito.

Entra nel Padiglione Flajani dell'Ospedale del Littorio in Roma il 2-1-1932.

E. O. Condizioni generali di nutrizione discrete. Modico colorito itterico. Polso 110. T. 37°,6.

Nulla di notevole a carico degli organi toracici. Dolente la palpazione in corrispondenza dell'ipocondrio destro. I limiti superiori del fegato sembrano normali; in basso essi arrivano a tre dita dall'arcata costale.

Si palpa la milza all'arcata.

L'esame radiologico della regione epatica non rivela deviazioni dalla norma; l'esame è però reso difficile per la distensione del colon.

Nell'urina si trovano traccie di albumina e pigmenti biliari; il sedimento dimostra la presenza di qualche emazia e di leucociti.

Le feci sono ipocoliche.

La paziente è tenuta in osservazione per 4 giorni. Durante questo tempo la temperatura non supera i 37°,6. Persistono però i dolori in corrispondenza dell'ipocondrio destro e l'ittero si accentua.

Il giorno 6 gennaio la paziente viene operata con diagnosi di colecistite calcolosa e di calcolosi del coledoco. Operazione (prof. A. Chiasserini).

Rachianestesia incompleta ed eteronarcosi. Laparotomia paramediana destra superiore. La superficie superiore del lobo sinistro del fegato e parte di quello di destra appare di aspetto granuloso (con noduli di grandezza varia).

Si pensa possa trattarsi di un tumore o di una cirrosi.

Ma il decorso della malattia, la esistenza di numerose aderenze pariepatiche e fra ilo epatico e duodeno, inducono ad un esame più accurato. Si distaccano le aderenze. La cistifellea è completamente vuota con le pareti collabite. La faccia inferiore del fegato appare più sporgente del normale e di consistenza molle. Una puntura fatta in corrispondenza della zona più sporgente dà la netta impressione che l'ago penetri in una cavità: però non si riesce ad estrarre del liquido. La parte bassa del ligamento gastro-epatico appare distesa; essa lascia trasparire un organo di colorito giallo-chiaro che sembra doversi identificare con il coledoco. Una adatta preparazione dimostra infatti che si tratta del dotto comune enormemente dilatato, e che lascia trasparire il suo contenuto.

Coledocotomia: fuoriesce con una certa forza traverso l'apertura una grossa membrana da echinococco di colorito giallo-chiaro. Fuoriescono anche delle vescichette idatidee e del liquido torbido. Dalla incisione della parete coledocale si penetra con facilità con un dito verso l'ilo del fegato in un cavo, di cui non si circoscrivono bene le pareti. Drenaggio del coledoco con un grosso tubo di Kehr.

Decorso post-operatorio abbastanza buono; nei primi tempi tutta o quasi la bile fuoriesce dal tubo di drenaggio, e le feci restano acoliche per circa una ventina di giorni; dal tubo stesso, e, tolto questo, dalla ferita fuoriescono vesciche di echinococco, a intervalli, per un tempo abbastanza lungo. Buona parte della bile raccolta viene somministrata alla paziente traverso una sonda gastrica. Lentamente il deflusso di bile diminuisce; le feci si colorano; e gradualmente la fistola biliare si chiude.

La paziente esce guarita il 26 marzo.

Dopo l'intervento fu esaminato il sangue per la ricerca degli eosinofili, ma essi apparvero non aumentati di numero. La reazione di Casoni fu positiva.

È noto che le cisti si aprono nelle vie biliari, dove non è molto probabile una localizzazione primitiva, per l'aumento di volume della formazione patologica che assottiglia la capsula fibrosa e comprime le vie biliari. L'usura delle pareti di queste avviene non tanto per atrofia da compressione (nelle vie biliari sono ben rappresentate fibre muscolari ed elastiche, molto resistenti all'azione compressiva), quanto, secondo qualche autore, per una lesione molto vicina ai decubiti, in seguito a disturbi circolatori. Grande importanza debbono avere anche le lesioni infiammatorie pericistiche.

La patogenesi si complica quando si verifica concomitanza di processi colelitiasici e colecistici; in tali casi la perforazione può farsi dai vasi biliari verso la cisti (Cauchoix).

La rottura avviene più frequentemente nel dotto epatico destro (55 %), nel sinistro (29 %), epatico principale (9 %), cistifellea (6 %), coledoco (1 %).

Alla rottura della cisti passono succedere vari fatti, come morte a breve scadenza, ostruzione del dotto comune, più o meno completa e duratura con le relative conseguenze (angiocoliti con ittero, ascessi multipli del fegato, ecc.).

Di fronte a questo incidente la sintomatologia può essere abbastanza varia e, in ogni modo, è lontana da costituire un quadro costante.

Talora è un quadro clamoroso e tragico, che apre la scena, mentre chiude l'esistenza dei pazienti: improvviso malessere, dolore atroce, oppressione grave, tachicardia; segue, a distanza di minuti, la morte (Chauffard).

Questo esito, per fortuna, è raro.

Spesso la rottura della cisti è accompagnata da brusco, violento dolore, spesso lacerante, in corrispondenza dell'ipocondrio destro.

Non sono rare le irradiazioni all'epigastrio, dorso e spalle. Il vomito, in cui si sono talora trovate vescicole (idatidemesi), qualche volta completa il quadro, insieme a passeggero, intenso brivido di freddo.

Se la rottura si accompagna ad ostruzione delle vie, dopo due o tre giorni appare ittero. All'ostruzione può seguire la disostruzione per eliminazione delle vescicole colle feci (idatidenteria) — Charcelloy, Thomas Watson —.

Corrispondentemente a successive ostruzioni e disostruzioni si possono avere ripetuti attacchi dolorosi a varia distanza di tempo. L'attacco unico è più raro.

Se la crisi è accompagnata da febbre, che può insorgere in vari momenti, è fondato il sospetto di infezione delle vie biliari. Quando è concomitante un processo litiasico, il quadro diviene nettamente più complesso e le complicazioni appaiono più rapidamente. Frequente è l'insorgenza di colangiti semplici e suppurative colle loro conseguenze. Peritonite per continuità o per rottura di ascesso ecc.

È stato infine notato tumore di milza riferito a stasi portale e modificazione della crasi sanguigna.

Durante una crisi dolorosa corrispondente alla rottura della cisti, se precedentemente questa non era stata diagnosticata, la diagnosi rischia, con grande facilità, di essere errata. Infatti l'attacco di dolore colico viene riferito nella gran maggioranza dei casi, a colelitiasi.

Il dolore però, rispetto all'insorgenza, è molto più brusco che nella calcolosi (Quénu), dove spesso è lieve a principio ed in seguito raggiunge il suo acme.

Se invece la cisti era stata diagnosticata, il fegato era aumentato di volume, può accadere di apprezzare, corrispondentemente alla crisi, diminuzione di volume dell'organo, itto, crisi di orticaria. I fenomeni di angiocolite precoci ed i segni di una suppurazione stanno per la cisti.

Il riscontro di cisti figlie nelle feci e nel vomito è di grandissima importanza.

La presenza di tumore di milza depone generalmente per la cisti, giacchè non è frequente nella calcolosi (Finzi).

Inoltre buoni sussidi sono le reazioni biologiche, la radiografia.

*
* *

In questa affezione la prognosi è sempre riservata.

Riguardo alla terapia ricordo che Gosselin riteneva che ogni intervento esponesse alla suppurazione non contribuendo che ad aumentare i pericoli. Si era proclivi ad intervenire solo in caso di suppurazione della cisti, e gli interventi molto spesso erano lontani dall'essere radicali, limitandosi talvolta a semplice puntura con aspirazione del contenuto, oppure puntura con trequarti che si lasciava a permanenza.

Altre volte l'intervento maggiore consisteva in apertura anche del cavo che veniva abbondantemente lavato con liquidi antisettici.

Come ho già accennato, sono stati eseguiti alcuni interventi che nel maggior numero dei casi, erano stati decisi per una cisti da echinococco la cui apertura nelle vie biliari non era stata riconosciuta, o per colangiti ritenute consecutive a colelitiasi. Non è descritto, nè è possibile seguire un metodo preciso di tecnica operatoria, giacchè le lesioni sono molto complesse e quindi ci si trova di fronte a molte varietà e gradi di lesione. Bisogna, ogni volta che ciò riesce possibile, asportare la cisti, e drenare il cavo.

Talora l'intervento non ha raggiunto il trattamento della cisti perchè questa non fu diagnosticata, nè prima, nè durante l'atto operativo (3 casi di Chajutin).

Bisogna inoltre provvedere ai fenomeni colangitici e colecistitici concomitanti con l'apertura e drenaggio del coledoco-epatico.

RIASSUNTO.

Con l'esposizione di un caso clinico, è brevemente illustrata l'echinococcosi delle vie biliari extraepatiche.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF L. *An. Pat. Spec.* Un. Tip.-Ed. Tor., 1930.
KAUFMANN. Ibid., Vallardi ed., Milano, 1925.
FORQUE. *Tratt. Pat. Spec. Chir.*
CHAJUTIN. *Ueber Echinococcus der Gallenwege.*
FINKELSTEIN. *Durch Parasiten bedingte chirurgische Erkrankungen der Gallenwege.* A. F. Kl. Chir., 1930, H. 159.
CHIASSERINI A. *Otturazioni parassitarie del dotto biliare comune.* Acc. Medica, Roma, maggio 1932.
QUÉNU. Soc. di Chir., 1906.
VILLEGAS. *Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires: fistula biliaire cholédoco-cutanée consécutive.*
« La Semana medica », Buenos-Aires, a. XXXIII, n. 8, 11 febbraio 1926, Journal de Chirurgie.
O. FINZI. *Contributo al trattamento della cisti da echinococco aperta nelle vie biliari.* Cappelli, Ed., Bologna, 1925 .
KRONWELL e VEGAS. *Les quistes idaticos de la Rep. Argentina*, 1911.
OLIANI. *Occlusione del coledoco da cisti di echinococco.* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1919.

OSPEDALE INFANTILE DEL BAMBIN GESÙ
REPARTO CHIRURGICO.

Di un caso di empiema circoscritto a doppia sacca simulante la cisti di echinococco.

Dott. GIULIO SERAFINI, assistente.

L'interesse presentato dal caso in esame è dato dall'errore diagnostico in cui si cadde, errore dovuto in gran parte al reperto radiologico che appariva così tipico per la cisti di echinococco da non lasciare adito ad altra interpretazione e solo il reperto operatorio fu quello che permise poi di rettificare la diagnosi.

Ecco brevemente la storia del caso:

Il giorno 25-VI-1931 entra all'ospedale il bambino C. Primo, di anni 5.

Anamnesi. Padre morto per tubercolosi polmonare e laringea, morbillo a 4 anni in seguito al quale si ebbe forte deperimento che fu però superato, da 20 giorni febbre continua remittente tosse.

Esame obbiettivo. Condizioni generali poco floride, nutrizione scaduta, micropoliadenia al collo e alle ascelle, faringe nulla, lingua leggermente impaniata, polso 92 ritmico, esame del torace: riduzione di suono all'emitorace destro più intensa dall'angolo della scapola in giù; all'ascoltazione della parte ottusa respiro indeterminato ed affievolito, non si apprezzano rumori bronchiali; sulla parte alta e anteriormente respiro pure lontano ed in taluni punti aspro. Cuore nulla. Addome nulla. Fegato nei limiti, milza si palpa all'arco, con margine duro sottile indolente. Prolasso rettale nella defecazione.

Cutireazione umana + — — Bovina + — —.

Esame radioscopico del torace. Campo polmonare destro pochissimo mobile con due grosse zone di opacità a margini rotondeggianti nella metà inferiore e nella metà superiore.

Formula leucocitaria: neutrofili 75; eosinofili 6; linfociti 12; grandi mononucleati 7; reazione Casoni + + +; reazione di Ghedini Weimberg negativa. Leucociti nel sangue 18.000 per mmc.

Radiografia (fig. 1).

In proiezione dorso-ventrale il campo polmonare destro si presenta in gran parte opacato dalla presenza di due grosse ombre, di cui una è situata alla base e l'altra nella regione sottoclavicolare. L'ombra inferiore poggia in basso sul diaframma destro dove si confonde con l'ombra epatica; lateralmente il seno complementare è libero: in alto è separata dall'altra ombra da una sottile zona di tessuto polmonare aerato: tutte e due sono separate dall'ombra mediana cardiovascolare per mezzo di una striscia di tessuto polmonare chiaro. La forma delle due ombre è grossolanamente circolare, l'opacità è omogenea, di intensità uguale a quella dell'ombra cardiaca, i contorni sono netti. Il diaframma è mobile. Il mediastino non è spostato. Nelle proiezioni oblique tutte e due le ombre conservano la ferma circolare.

FIG. 1.

Dato questo quadro si fa diagnosi di doppia cisti di echinococco del polmone e si procede all'operazione.

Operazione: 29 luglio 1931. Operatore prof. Bonanome. Etero-narcosi regolare. Si reseca l'ottava costa destra sull'ascellare media per un tratto di circa 7 centimetri. Aperta la pleura parietale si cade su una raccolta purulenta circoscritta da solide aderenze di conformazione rotondeggiante, il polmone è spinto medialmente; non si nota traccia di membrane di cisti. Si zaffa con garza jodoformica. Il decorso post-operatorio è normale ma lungo; il pus seguita a defluire per molti giorni, il bambino esce guarito il 15-10-31.

L'esame del pus dette come reperto: abbon-

danza di poli-nucleari in parte disfatti, mancanza di qualunque elemento echinococcico mentre la cultura risultò positiva per diplococchi.

Ripetuta la Casoni si ebbe esito nettamente negativo, così fu negativa una radiografia (fig. 2) praticata 15 giorni dopo l'intervento. Ciò fa pensare che la sacca superiore si fosse svuotata in quella inferiore aprendosi un passaggio tra le aderenze.

Fig. 2.

Fig. 3.

Il caso, come già ho detto, si presentava interessante più dal lato radiologico che da quello clinico: infatti se si paragonano le due radiografie (figg. 1 e 3) si nota la netta differenza fra le due immagini, sebbene il caso di empiema saccato portato in paragone sia stato scelto fra i più somiglianti al caso in esame. In ambedue le radiografie si notano due zone di opacità separate da una sottile zona di tessuto polmonare areato; però mentre nel radiogramma n. 1 le due opacità sono rotondeggianti, nell'altro presentano una forma appiattita irregolarmente che incornicia dall'alto in basso il campo polmonare, ora nel caso illustrato l'errore diviene ancor più comprensibile se si pensa che le immagini si presentavano nettamente rotondeggianti anche nelle altre proiezioni.

Per spiegare l'immagine, si è pensato che nel nostro caso esistevano delle aderenze le quali avevano già sepimentato la cavità pleurica determinando la formazione di due logge secondarie, e che quindi il pus producendosi avesse trovato un ugual resistenza in tutte le direzioni venendo così ad assumere le forme rotondeggianti caratteristiche. Normalmente invece le aderenze si formano secondariamente quando già il pus si è fatta strada verso il luogo di minor resistenza e cioè in basso.

Forse una più accurata disamina degli elementi ci avrebbe portato ad escludere la cisti di echinococco poichè tra l'altro il reperto della Casoni era contraddittorio all'elevata leucocitosi, mentre la mancanza di espettorato e di una pregressa vomica facevano escludere la rottura della cisti che precede quasi sempre la suppurazione.

Concludendo: sebbene l'andamento clinico facesse propendere per una pregressa affezione polmonare (bronco-polmonite complicata da empiema) il reperto radiologico e gli esami sussidiari avevano portato argomenti molto probativi per la diagnosi di doppia cisti di echinococco del polmone.

Questo ci dimostra quanto possano esser fallaci i dati forniti dagli esami sussidiari di laboratorio e radiologici e come la loro interpretazione debba essere sempre subordinata alle conclusioni che fornisce un'accurata interpretazione dei dati clinici.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di Empiema circoscritto a doppia sacca simulante la cisti di Echinococco sia per il referto radiografico che per gli esami di laboratorio.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Alcuni problemi dell'immunità difterica.

(K. W. CLAUBERG. *Med. Klin.*, n. 24, 10 giugno 1932).

Col progredire delle ricerche e degli studii sull'immunità antidifterica sono venuti alla luce vari fatti nuovi, che devono essere spiegati.

L'unico dato positivo sin qui conosciuto, è che la funzione di difesa dell'organismo verso il veleno difterico è rappresentata essenzialmente dal legame: tossina-antitossina. Un notevole numero di soggetti di ogni età possiede tuttavia nel siero dell'antitossina, senza che sia possibile mettere la presenza di questa in rapporto con una pregressa infezione difterica, che ne abbia provocata la formazione.

La reazione di Schick dovrebbe poi essere l'esponente dell'esistenza di tale antitossina in quantità misurabili, sì da poterne concludere se l'individuo può considerarsi o non sufficientemente protetto verso l'infezione.

Ora, invece, la reazione di Schick si è dimostrata di valore incostante e, per lo meno, passibile di numerose eccezioni.

Sono così sorte due diverse teorie:

1) Teoria della maturazione, secondo la quale le antitossine dimostrate con la reazione non sarebbero altro che componenti del siero umano normale, maturatisi col progredire dell'età.

2) Teoria del contagio, secondo la quale si tratterebbe sempre di antitossine specifiche, acquisite attraverso all'infezione.

L'accordo esiste solo nel caso del neonato, il quale è protetto dall'antitossina materna, trasmessa per via placentare. Ma, dopo le prime settimane di vita, anche il bambino si mostra capace di fornirsene per propria attività, ed è quindi necessario indagare il determinismo di tale facoltà.

A favore della prima teoria, vari autori hanno emesso l'ipotesi di una disposizione costituzionale ereditaria, capace di provocare la formazione degli anticorpi, e, per rafforzare l'ipotesi, si sono estese le ricerche tra le popolazioni praticamente indenni da difterite, quali le Groenlandesi e quelle dell'Africa tropicale centrale.

In ambedue le regioni, in realtà, si trovano soggetti con reazione di Schick negativa, e venne da alcuni autori sostenuto che, tra gli esquimesi, l'infezione difterica è del tutto sconosciuta, e che nessun portatore di bacilli è possibile svelare.

Ulteriori ricerche, viceversa, condotte su scala più larga, hanno permesso di assodare che esiste anche tra tali soggetti un numero discreto di portatori.

Anche tra gli abitanti di alcuni distretti dell'Africa centrale fu constatata una negatività della Schick nel 100:100, ma, purtroppo non furono eseguite indagini riguardo agli eventuali portatori.

In complesso, poi, le osservazioni in tale senso non sono state fino ad ora tanto numerose da apportare valido appoggio alla teoria.

Hirssfeld ha sostenuto che l'antitossina difterica non è soggetta alle stesse leggi degli altri anticorpi normali, e che nel determinismo della reazione di Schick entrano in giuoco fattori costituzionali e di razza.

Non dimostrati restano poi gli argomenti riguardanti la possibilità di un reperto, in condizioni naturali, di antitossina difterica nel sangue di certi animali (cavallo, vitella, pecora). Nè infine si è ancora giunti a conclusione decisiva circa l'identità tra corpi immuni difterici del siero normale e immunoantitossina.

La teoria della maturazione attende dunque ulteriori dimostrazioni e fatti che la rendano validamente sostenibile.

Per quel che riguarda la teoria del contagio, si è voluto in primo luogo vedere una concordanza tra i resultati della Pirquet e della Schick, nel senso che il loro andamento è simile a seconda che la ricerca si pratichi tra gli abitanti della città, più esposti al contagio, e quelli delle campagne, meno esposti.

Non bisogna però dimenticare che, mentre la Pirquet rappresenta, nel caso di positività, un fenomeno allergico determinato dalla modificata reattività del soggetto, la Schick, in caso di negatività, corrisponde a presenza di anticorpi difterici nell'organismo.

Degkwitz ha messo in rilievo analoga concordanza tra andamento dell'immunità nella difterite e quella nel morbillo, ed ha insistito anche su altri fatti ben accertati, quali: l'ubiquità del bacillo difterico, la sua permancanza nel soggetto, causa di produzione dell'antitossina, la localizzazione dell'immunità difterica nel sangue, e la possibilità di un rinnovarsi di tale immunità.

Più difficile a risolvere è invece il problema della produzione di antitossina al di fuori di uno stato di malattia, e solamente in rapporto al fatto di essere portatore di germi, tanto più che sovente i bacilli ottenuti dai portatori sono avirulenti ed incapaci di provocare la formazione dell'antitossina.

Anche la teoria del contagio, dunque, non è scevra da critica, per quanto si lasci più facilmente introdurre nel quadro dei fenomeni immunitari.

Se poi sia possibile una combinazione di ambedue le teorie, non è dato per ora sostenerlo.

Da un punto di vista pratico, resta stabilito che le armi più valide di lotta contro la malattia sono rappresentate dalla disinfezione e dalla ricerca dei portatori.

Riguardo però alla contagiosità dei portatori, i quali praticamente rappresentano una percentuale altissima degli individui, non esiste accordo tra i vari autori, non essendo stato sempre possibile mettere in rapporto la difterite sviluppatasi con un eventuale subìto contatto con portatori di germi virulenti, per quanto la scarsa contagiosità dei portatori potrebbe essere compensata dal loro numero eccessivo.

Sembra dunque logico, accrescere la protezione individuale, procurando l'aumento dell'antitossina per mezzo di una immunizzazione attiva efficace, estesa alla quasi totalità, sì da ottenere, dal punto di vista dell'igiene sociale, dei resultati analoghi a quelli ottenuti per il vaiuolo. M. FABERI.

Morbo di Pott stafilococcico dell'adulto.

(CARNOT. *Paris Médical*, 11 giugno 1932).

L'A. riporta due casi di spondilite stafilococcica rassomiglianti al morbo di Pott tubercolare, osservati in individui in età matura, con dolori irradiati, brusca gibbosità per distruzione vertebrale anteriore e, in un caso, ascesso per congestione. È per insistere su questo aspetto pseudo-pottico e sulle difficoltà di diagnosi che ne derivano che intitola la sua esposizione clinica « Morbo di Pott stafilococcico ».

L'età, per l'osteomielite vertebrale, è sopratutto dai 12 ai 15 anni. Negli adulti in piena maturità si osservano delle forme croniche prolungate, che rassomigliano nella loro evoluzione al morbo di Pott. Su queste forme richiama l'attenzione l'A.

L'origine dell'infezione stafilococcica è sia un foruncolo o un antrace, sia un flemmone perineale o lombare, sia un altro focolaio osteomielitico delle dita, delle costole, sia più spesso una serie di localizzazioni differenti su tessuti multipli. Talora un traumatismo localizza lo stafilococco.

La sede della spondilite stafilococcica varia. Si osserva a tutte le altezze e talora si osservano parecchi focolai simultanei a differenti altezze.

La spondilite può interessare l'arco posteriore ed allora la gravità è minore. Sul corpo vertebrale la spondilite ha sede sopratutto nella parte anteriore della vertebra e questi casi sono i più gravi; sono questi i casi che provocano la gibbosità.

La lesione nell'adulto resta locale oppure si diffonde a tutto il corpo vertebrale ed infine ai tessuti vicini; essa produce l'osteite rarefacente e dei minuscoli sequestri. L'osteomielite può perforare il disco intervertebrale ed infettare la vertebra vicina o l'articolazione costo-vertebrale.

Sull'arco posteriore la lesione può restare isolata, raggiungere la parte esterna della lamina e produrre un ascesso ossifluente. Se la suppurazione si sviluppa verso il canale ra-

chidiano, possono risultarne gravi disturbi di compressione e di infezione meningo-midollare.

Clinicamente, alcune forme sono caratterizzate dalla suppurazione, altre dalle gibbosità, altre dai disturbi nervosi.

L'ascesso perivertebrale si produce in un momento qualunque dell'evoluzione della malattia. L'ascesso extrarachideo si esteriorizza generalmente posteriormente, anche se proviene dalla parte anteriore dei corpi vertebrali; è noto che raramente avviene così per il morbo di Pott tubercolare. Gli ascessi anteriori o prevertebrali possono restare lungamente latenti oppure infiltrarsi fra le apofisi trasverse per divenire posteriori. Nella regione cervicale possono protrudere verso il faringe, nella regione dorsale possono fondere nel mediastino, nella regione lombare sono migratori come gli ascessi per congestione tubercolare.

L'ascesso intrarachideo è relativamente frequente. Se resta al di fuori delle meningi, può comprimere il midollo e provocare disturbi paraplegici; se si propaga nello spazio sub-aracnoideo, può provocare una meningo-mielite.

Una raccomandazione essenziale è d'essere molto prudenti nell'eseguire una puntura lombare, poichè si può attraversare l'ascesso da parte a parte e insemenzare la cavità meningea. In ogni caso si deve approfondire l'ago molto lentamente e arrestarsi appena si trova pus. Talora si ha una reazione meningea asettica con ipertensione ed iperalbuminosi. Si comprende che le lesioni vertebrali o perivertebrali provocano delle compressioni o delle radicoliti.

Un altro sintomo clinico preponderante è dato dai dolori e dai disturbi nervosi. Dolori pseudo-reumatici, lombartrie.

La radiografia mostra dei becchi ossei, delle apofisi decalcificate mentre altre sono ipercalcificate. Certi casi presentano la forma denominata *epifisite vertebrale di crescenza dell'adulto*.

Talora i dolori sono a tipo radicolare (sciatiche, dolori intercostali, dolori irradiati al collo e alla spalla).

Altre volte si presentano delle lesioni midollari.

Quanto al sintomo più netto e che fa spesso pensare al morbo di Pott, la gibbosità, essa è spesso brusca, talora progressiva e si ha solo nella spondilite del corpo.

Come si vede, la sindrome di spondilite stafilococcica ha spesso analogia con il morbo di Pott tubercolare. La radiografia stessa spesso non può stabilire la diagnosi etiologica. Solo gli antecedenti multipli e ripetuti di stafilococcie o il risultato batteriologico di una puntura dell'ascesso possono stabilire la diagnosi.

L'A. mette, infine, in evidenza l'evoluzione spesso molto prolungata, con riprese dopo molti anni, che caratterizza la forma lenta della stafilococcia vertebrale dell'adulto e che fa sì che, malgrado l'immobilizzazione, malgrado la chirurgia, malgrado i vaccini, si prova sempre qualche inquietudine per l'avvenire di questi malati. C. TOSCANO.

Streptococchi nel sangue nella febbre reumatica, nell'artrite reumatoide e in altre malattie.

(S. S. LICHTMAN e L. GROSS. *Arch. of Intern. Medic.*, giugno 1932).

Gran parte della controversia che c'è nei riguardi dell'etiologia della febbre reumatica è dovuta alla scarsità dei controlli fatti nei 45 anni in cui si è lavorato in questo campo con ricerche batteriologiche.

Numerosi furono i lavori che si prestano a critiche: Birch-Hirschfeld cercò i germi dopo la morte, e numerosi autori ripeterono lo stesso errore. Irvin Jones ed altri cercarono di identificare i germi delle fauci, ma questi germi sono identici nei malati di reumatismo e nei non malati. La ricerca di germi nelle cavità articolari ammalate non è sempre probativa, perchè si è dimostrato che spesso gli streptococchi si insediano secondariamente su articolazioni ammalate in precedenza. Sono criticabili pure le ricerche fatte su agglutinine e sui risultati terapeutici dei sieri e vaccini, come pure quelle basate sulle cutireazioni e sulla provocazione sperimentale in animali di lesioni cardiache articolari.

Le ricerche più moderne sono quelle fatte con emocultura durante la vita del malato e queste ricerche espongono gli AA.. Essi fecero 5233 emoculture su 2869 malati con risultati positivi in 762 malati, dividendo i malati in affetti da malattie reumatiche, reumatismo articolare febbrile, lesioni cardiovascolari reumatiche e artrite reumatoide) e in malati di altre malattie come controllo.

Furono fatte culture aerobiche ed anaerobiche, sulla cui tecnica gli AA. si diffondono ampiamente.

Su 188 casi di reumatismo articolare acuto si ebbero 168 casi con culture sterili (e di questi 168, 13 morirono) e 20 casi con culture positive e precisamente furono trovati streptococchi alfa.

In 126 casi di malattia cardiovascolare reumatica cronica, i risultati furono negativi in 119 casi e 7 diedero streptococchi.

Su 48 casi di artrite reumatoide furono trovati 4 volte streptococchi.

Nelle ricerche di controllo, 13 casi di anemia aplastica diedero 2 culture positive, 12 casi di anemia perniciosa diedero 1 cultura positiva (il caso ebbe esito letale), 27 casi di leucemia diedero 2 culture positive, 48 casi di colite diedero 4 culture positive, 54 casi di meningite meningococcica diedero 2 risultati

positivi, 72 casi di pielite e pielonefrite diedero 5 risultati positivi.

La streptococcemia non emolitica trovata dagli AA. era in percentuale uguale tanto nel gruppo dei reumatici che nel gruppo di controllo, per cui essi ritengono che gli streptococchi non possono essere ritenuti agenti causali del reumatismo e delle sue varie manifestazioni cliniche. R. LUSENA.

TUBERCOLOSI.

Riattivazione di focolai tubercolari latenti e bacilli di Koch «di sortita».

(E. SERGENT. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 31 marzo 1932).

La recente comunicazione di J. Troisier e di De Sanctis Monaldi ha portato dinanzi alla « Académie de Médecine » una questione di attualità, quella della bacillemia tubercolare e del suo significato clinico reale. Prendendo lo spunto da questa comunicazione l'A. fa alcune considerazioni personali sul valore che bisogna attribuire in clinica a questa bacillemia tbc., che se pure interessa enormemente i batteriologi, non può lasciare indifferenti i clinici, in quanto l'osservazione clinica, vera esperienza spontanea, conserva tutti i suoi diritti nella interpretazione e nella discussione delle constatazioni fatte al laboratorio. La nozione della bacillemia tbc. non è certo nuova e per quanto le recenti ricerche di Loewenstein la abbiano riportata alla ribalta dell'attualità, ciò è dovuto più al fatto che il Loewenstein l'avrebbe riscontrata in malattie la cui etiologia è ancora ignota, quali il reumatismo articolare acuto e la sclerosi a placche, che al fatto della frequenza e della importanza di essa nei riguardi della clinica. Ma l'O. pone il problema su un altro campo: la costatazione della bacillemia tbc. — egli si domanda — dà al clinico il diritto di concludere che gli accidenti patologici, i disturbi ed i sintomi svariati che egli osserva sono dovuti alla tubercolosi? L'O. crede di no. Il fatto della bacillemia indica soltanto che dei b. di Koch sono in circolazione nella canalizzazione vascolare sanguigna senza autorizzare ad ammettere che questa bacillemia sia durevole e non soltanto effimera come nelle scariche bacillari « di sortita » la cui esistenza è ormai ben stabilita dalla clinica. Se la scarica bacillare è di breve durata, se non è troppo abbondante, se non molto virulenta, i bacilli potranno essere eliminati attraverso gli emuntori naturali (fegato, intestino, reni) senza determinare alcuna nuova localizzazione morbosa: meriteranno allora veramente la denominazione di « germi di sortita ».

Se ciò non avviene, per la abbondanza e virulenza dei germi, i bacilli, invece di essere eliminati attraverso gli emuntori naturali, si fisseranno in qualche punto dell'organismo, ivi colonizzeranno e determineranno degli accidenti immediati o tardivi. Le osservazioni di Troisier e di De Sanctis Monaldi hanno permesso di concludere che il b. di Koch può essere messo in evidenza nel sangue di soggetti apparentemente non tubercolosi, nel corso di malattie acute non tubercolari. Questi soggetti, come la quasi totalità degli adulti, dovevano essere portatori di focolai tubercolari latenti: l'infezione acuta intercorrente ha provocato la scarica bacillare: questa non ha in nulla cambiato l'evoluzione della malattia provocatrice, la cui sintomatologia resta del tutto indipendente da questa bacillemia « di sortita ».

Ma bisogna non dimenticare che queste scariche bacillari possono provocare la produzione di colonizzazioni di germi che resteranno silenziose più o meno a lungo o che, improvvisamente, sfoceranno in una manifestazione evolutiva la quale non avrà di comune con la malattia scatenante altro che un legame di causa ad effetto, senza alcuna comunanza sintomatologica.

Nella stessa seduta Léon Bernard, dopo aver ricordato come le esperienze di controllo fatte alle ricerche di Loewenstein abbiano quasi costantemente dato a vari ricercatori risultato negativo e come in conseguenza sia molto diminuita l'importanza data alla bacillemia tubercolare anche in rapporto alla sua frequenza e al suo significato clinico, dichiara di ritenere che la presenza constatata del b. di Koch nel sangue debba essere interpretata alla luce del fenomeno delle migrazioni bacillemiche intermittenti. In sostanza, l'esistenza del b. di Koch nell'organismo permette di concepire la sua migrazione nel sangue: la storia clinica della tubercolosi porta ad affermare l'esistenza, ma anche la rarità di tali migrazioni: queste spiegano, come meccanismo patogenetico, le localizzazioni secondarie delle superinfezioni tubercolari. D'altra parte è difficile ammettere, salvo casi speciali, la possibilità di esistenza, nel corso della tubercolosi, di una bacillemia costante che abbia importanza decisiva nella evoluzione e nella sintomatologia della forma morbosa. G. LA CAVA.

ADDOME.

Gli ascessi gassosi addominali.

(P. MOCQUOT. *Bulletin Médical*, 5 marzo 1932).

Le formazioni ascessuali dell'addome sono ben note per quanto riguarda gli ascessi subfrenici che in circa un terzo dei casi contengono gas oltre che pus; molto meno conosciute sono le altre localizzazioni che spesso passano indiagnosticate e che sono appena menzionate nei più completi trattati. L'A. ha raccolto cinque osservazioni sull'argomento e le espone classificandole in tre gruppi.

Ascessi gassosi sottoepatici. Si trattava di due uomini la cui sintomatologia soggettiva era costituita da febbre elevata, da dolori addominali violenti, localizzati ai quadranti su-

periori o diffusi e, in uno dei due, da vomito. L'obbiettività dava uno stato generale compromesso e, localmente, difesa muscolare al quadrante superiore destro, tumefazione evidente, dolore intenso alla palpazione. Non vi erano pastosità apprezzabili nè fluttuazione, il suono di percussione era ovunque timpanico. In entrambi i casi, pur senza un diagnostico preciso, fu deciso l'intervento che rivelò la presenza di un ascesso sottoepatico ripieno di pus e di gas fetido: dopo l'evacuazione e il drenaggio si ebbe la caduta della temperatura cui seguì la guarigione completa.

Ascessi gassosi di origine appendicolare. — Furono riscontrati in tre malati che vennero a morte malgrado l'intervento chirurgico, l'apertura e il drenaggio della cavità ascessuale. Il quadro iniziale era stato quello di una comune appendicite cui, dopo un periodo di miglioramento, erano seguiti rialzo termico, peggioramento dello stato generale e ripresa dei dolori addominali. L'alvo era irregolare, stitico o diarroico, non mai chiuso ai gas. Obbiettivamente vi erano dolore e difesa nel quadrante inferiore destro, tensione addominale diffusa o localizzata, suono timpanico generalizzato; in due dei tre casi il meteorismo era tale da far pensare a fatti di occlusione o di invaginazione.

Ascessi gassosi pelvici. In una donna di 35 anni che lamentava dolori vivissimi alla parte inferiore dell'addome, era in condizioni gravi e aveva febbre a circa 40°, si riscontrarono distensioni spiccate della regione ipogastrica e della fossa iliaca sinistra; all'esplorazione vaginale si palpava una tumefazione che aveva sospinto in alto il collo uterino e che per la regolarità della sua forma aveva fatto per un momento pensare a una testa fetale. La medesima tumefazione nell'addome occupava la regione inferiore sinistra, era arrotondata, dolente, percussoriamente timpanica.

Venne posta diagnosi di una raccolta, verosimilmente ascessuale, del Douglas e l'intervento di colpotomia diede esito ad abbondante emissione di pus e di gas. La guarigione seguì rapidamente ma fu impossibile accertare il punto di partenza dell'ascesso pur trattandosi, col massimo di probabilità di un piosalpinge o di una cisti ovarica suppurata.

Riassumendo gli insegnamenti che si possono ricavare dai casi suesposti l'A. osserva che la difficoltà diagnostica deriva dal contrasto fra i reperti generali — che tutti parlano per un processo infiammatorio e una peritonite localizzata — e i reperti dell'esame locale che risulta negativo per i segni caratteristici classici della raccolta purulenta peritoneale: mancano la pastosità, la fluttuazione, l'ottusità. A volte la raccolta gassosa essendo limitata ad una cavità circoscritta e regolare può simulare un'ansa intestinale distesa e quindi un'occlusione.

Un criterio diagnostico può essere dato dalla localizzazione del meteorismo e dalla tumefazione e soprattutto dalla palpazione bimanuale antero-posteriore che mostra aumento di tensione e di spessore e dà la sensazione di una ripienezza rivelatrice della raccolta gassosa. Notevoli sussidi possono provenire dall'esame del sangue (leucocitosi con polinucleosi) e del reperto radiologico.

Per quanto riguarda la genesi del gas si possono verificare due possibilità: o è prodotto da germi provenienti dal tubo gastro-enterico per il tramite di aderenze o di alterazioni delle pareti o passa direttamente dall'intestino alla cavità ascessuale.

In un caso l'esame batteriologico del pus di ascesso gassoso ha dato reperto di streptococco aerobio ed anaerobio, di piocaneo e di proteus.

M. PISA.

Due casi d'inondazione peritoneale d'origine ovarica in vergini.

(M. HAUTEFORT. *Bull. et Mem. de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1932, tome XXIV, numero 6).

L'A. comunica l'osservazione di due casi di inondazione peritoneale di origine ovarica in due donne vergini.

La prima riguarda una ragazza di 20 anni che svegliandosi al mattino fu colta bruscamente da un violento dolore al basso ventre, a D. All'esame obbiettivo si trovò un certo pallore — polso a 104 — temperatura a 37,8. Una contrattura generalizzata di tutto l'addome alla palpazione che era particolarmente dolorosa a livello della fossa iliaca D. All'esplorazione vaginale, praticata con molta precauzione, dato che l'insieme era intatto e relativamente chiuso, fu sentito un collo piccolo, chiuso, mobile dei fornici liberi, l'esplorazione causò molto dolore.

Fu operata d'urgenza con una diagnosi incerta tra un attacco di appendicite acuta e la perforazione di un'ulcera duodenale o gastrica. La diagnosi di rottura di gravidanza ectopica era stata scartata a priori dato che la p. aveva avuto le mestruazioni regolari e non presentava nessun segno di gravidanza.

Alla laparatomia si trovò un emoperitoneo (1 litro circa) con molti coaguli, l'ovaio D., della forma e dimensioni di una mandorla, si presentava scoppiato a livello del suo bordo libero e gemente sangue. Castrazione D.

L'esame istologico dimostrò trattarsi della rottura di una cisti intraovarica, nessun segno di gravidanza.

La seconda osservazione riguarda una ragazza di 18 anni che una mattina fu presa da improvviso e forte dolore alla fossa iliaca D., seguito da vomito, presentava leggera difesa addominale specialmente a D., e dolore alla palpazione. L'imene era intatto e con l'esplorazione rettale si riscontrò un utero antiverso, di volume normale, mobile, indolente alla pressione. Fu fatta diagnosi di appendici-

te acuta, anche perchè la p. aveva altre volte sofferto di simili attacchi dolorosi, accompagnati da nausee e vomito.

All'operazione invece fu trovato un emoperitoneo (1 litro), l'ovaio D. ingrossato, scoppiato sul suo bordo posteriore e sanguinante. Castrazione D.

L'esame istologico dimostrò trattarsi della rottura di un follicolo di Graaf. Anche in questo caso non fu trovato nessun segno di gravidanza; e del resto la p. il giorno dopo l'operazione ebbe le mestruazioni normali per qualità e quantità.

L'A. termina la sua comunicazione dicendo che sia i follicoli di Graaf come i corpi lutei, le cisti follicolari e quelle dei corpi lutei possono essere punto di partenza di emorragie ovariche, e insistendo sulla difficoltà della diagnosi, dato che se la donna non è vergine si pensa alla rottura di una gravidanza extrauterina, e che se è vergine si pensa piuttosto a una appendicite acuta o alla perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale. Occorre ad ogni modo operare subito e praticare o la castrazione o la resezione cuneiforme dell'ovaio sanguinante. GENTILE.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Nuove idee sul trattamento delle pseudoartrosi.

(BAYER e HORN. *Zentralbl. f. chir.*, n. 12, 19..

Il gran numero di metodi proposti per il trattamento delle pseudoartrosi ci dice che nessuno di essi è sufficiente per tutti i casi. B. e H. pensano che la mancata unione ossea dei frammenti sia da riferire a una mancata capacità di proliferazione cellulare la quale può essere eccitata con uno stimolo. Il metodo proposto a tal uopo da B. e H. si basa su due concetti: *a*) azione di uno stimolo da compressione agente per il carico sui frammenti solo in direzione assiale; *b*) provocazione di una forte reazione generale febbrile. Quest'ultima è specialmente importante perchè l'esperienza ha dimostrato che spesso lo stimolo locale non basta a eccitare la proliferazione ossea. Condizione essenziale perchè lo stimolo locale agisca efficacemente è che esso venga esercitato esattamente ed esclusivamente in direzione assiale e perciò è necessaria una perfetta riposizione e una solida fissazione dei monconi. Ora questa non si riesce ad ottenere in modo perfetto coi comuni apparecchi gessati perchè, sia per l'imbottitura, sia per l'atrofia muscolare che successivamente si verifica, questi apparecchi finiscono sempre col diventare larghi e determinare spostamenti dei monconi. B. e H. adoperano perciò apparecchi costituiti da docce cilindriche di celluloide, modellabili e munite di fili di acciaio che ne regolano il calibro. L'apparato funziona come un apparecchio di fissazione e carico. Lo spazio morto che si forma fra l'apparecchio e l'arto in seguito all'atrofia muscolare viene abolito con la costrizione dell'apparecchio a mezzo dei fili di acciaio (vantaggio che non si ha con gli apparecchi gessati) e così viene impedito qualunque spostamento dei monconi e lo stimolo del carico si esercita solo in senso assiale.

Lo stimolo generale all'organismo viene determinato sotto forma di febbre provocata con la somministrazione di « pirifer » e pare che questo stimolo agisca principalmente sul midollo, eccitandone la funzione, e sul metabolismo minerale dell'organismo. L'esperienza avrebbe dimostrato finora buoni risultati, sui quali B. e H. promettono di riferire ampiamente in un altro lavoro. G. PAGETTO.

Difetto congenito del femore con pseudoartrosi operato di plastica con rotazione del piede: guarigione.

(DEMEL e GOLD. *Zentralbl. f. chir.*, n. 14, 1932).

Un giovane di 22 anni, sarto, era entrato nella clinica di Demel per farsi amputare la gamba destra che, fin dalla nascita era notevolmente più corta della sinistra. La madre al 3° mese di gravidanza era caduta da una scala a piuoli. All'E. O. accorciamento notevolissimo dell'arto inferiore destro la cui articolazione del ginocchio corrispondeva poco più in basso dell'articolazione della coscia sinistra mentre l'articolazione del piede D. corrispondeva all'altezza della tuberosità della tibia S. Mobilità abnorme della coscia D. Movimenti del ginocchio e del piede normali. Diagnosi clinica: difetto congenito del femore. Radiografia: ipoplasia di alto grado del femore con pseudoartrosi sottotrocanterica. Il paziente per camminare adoperava un semplice apparecchio di sostegno a forma di trampolo ma la deambulazione era stentata e non si poteva prolungare, mentre d'altro lato, in posizione assisa, l'apparecchio non gli permetteva alcun movimento del ginocchio e lo ostacolava nel suo mestiere di sarto. Per questo disturbo il caso sembrava indicato per una plastica di rotazione dell'articolazione del piede come già precedentemente aveva praticato Borgreve (1929). Il principio dell'intervento è quello di sostituire all'articolazione del ginocchio quella tibio-tarsica, rotata di 180 gradi sull'asse della gamba, così che questa possa fungere da ginocchio e muoversi nella stessa direzione. L'applicazione di una protesi volontariamente mobile completa il risultato funzionale. La difficoltà nel caso di D. e G. consisteva nel trattamento della pseudoartrosi.

In un 1° tempo D. e G. intervennero sulla pseudoartrosi, liberando i monconi, ravvivandoli e suturandoli con filo metallico dopo avere impresso al moncone periferico una rotazione di 180 gradi e dopo averlo posto in buona posizione rispetto al moncone centrale. Apparecchio gessato.

In un 2° tempo dopo 2 mesi e mezzo fu praticata una tipica artrodesi del ginocchio e dopo altri 2 mesi e mezzo la radiografia dimostrava una buona ossificazione della pseudoartrosi e dell'artrodesi. Apparecchio gessato di sicurezza, che permetteva la deambulazione, per altri 5 mesi sostituito quindi da un apparecchio ortopedico appositamente costruito con articolazione del ginocchio mobile. Il paz. si abituò presto al nuovo apparecchio e imparò bene l'uso della flessione ed estensione della rinnovata articolazione del ginocchio che era data dall'articolazione tibio-astragalica rotata di 180°. Quindi potè camminare bene e a lungo e tenere comodamente la posizione attiva, così, che potè riprendere il suo mestiere di sarto.

Oltre a questo risultato D. e G. vogliono far notare quello del trattamento della pseudoartrosi congenita, riuscito al primo tentativo.

G. PACETTO.

La classificazione delle distrofie ossee e l'osteosi paratiroidea.

(J. A. LIEVRE. *Presse Méd.*, 1932).

Le distrofie ossee erano dapprima raggruppate sotto il titolo unico di osteomalacia creato da Duncan nel 18° secolo.

Paget descrisse nel 1887 una forma di distrofia ossea caratterizzata da ipertrofie predominanti al cranio e agli arti inferiori.

Nel 1891 Recklinghausen descrisse la sua osteite fibrosa e più tardi nel 1910 raggruppò le distrofie ossee sotto un unico titolo: Malattia rachitico-malacica che comprendeva sei varietà alcune delle quali erano delle malattie esclusivamente rachitiche, un'altra è la malattia metaplastica o osteite fibrosa e un'altra ancora la malattia iperestatica metaplasica o Malattia di Paget.

Christellen, nel 1926, divide le malattie malaciche delle ossa in due grandi gruppi: le malattie acalicotiche e le malattie da rimaneggiamento del calcio, le prime caratterizzate dalla mancanza di fissazione dei sali di calcio, le seconde da un rimaneggiamento dei sali di calcio stesso; si raggruppano sotto il titolo di osteo-distrofia fibrosa comprendente il Paget e il Recklinghausen.

L'autore che si è occupato per esteso delle osteodistrofie propone la seguente classificazione basata principalmente su criteri etiologici e biochimici.

I. *Osteopatie da carenza*. — Sotto questo titolo si comprendono le sezioni ossee consecutive ad anomalie del regime alimentare o del modo di vita, esse corrispondono a ciò che si designa oggi col nome di osteomalacia. Le caratteristiche anatomiche ed istologiche non valgono a definire queste osteopatie da carenza, meglio valgono i fatti eziologici e fisiologici sul terreno etiologico, il loro rapporto con le avitaminosi, le carestie, che colpiscono le popolazioni, condizioni di vita in abitazioni oscure, ecc.; sul terreno fisiologico osseo vengono caratterizzate dall'abbassamento della calcemia, abbassamento che viene anche a spiegare un altro fatto, l'associazione di queste osteopatie con la tetania manifesta o latente. Anche l'osteomalacia puerperale deve essere considerata una osteopatia di carenza.

II. *Osteite deformante di Paget*. — Oltre che per il quadro anatomo-clinico caratteristico essa si caratterizza per l'inalterato contenuto in calcio del sangue e per la nessuna efficacia della paratiroidectomia.

III. *Osteosi paratiroidea*. — Essa è caratterizzata dalla liberazione del calcio osseo sotto l'influenza di un adenoma paratiroideo; il calcio si elimina verso l'esterno ma talora anche verso le parti molli onde impregnazione dei visceri, dei vasi e del connettivo; talora dei noduli di calcificazione sottocutanei costituiscono il segno più evidente. Clinicamente oltre le ben note alterazioni ossee debbono esser tenute presenti alterazioni viscerali, coliche nefritiche, insufficienza renale, disturbi digestivi, astenia intensa per ipotonia muscolare e ipoeccitabilità elettrica nel sangue; ipercalcemia e diminuzione del fosforo inorganico.

B. PAGGI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

R. SEGRE. *Le malattie del miocardio*. Un vol. in-8° di pag. 482, con 28 fig. L. Cappelli ed. Bologna, 1932. Prezzo L. 60.

Vasto ed importante tema questo dello studio delle malattie del miocardio, che comprende ed integra, si può dire, tutta la patologia cardiaca, di cui l'importanza clinica è essenzialmente determinata dagli effetti che si riflettono sul miocardio.

L'A. le studia qui in modo chiaro ed esauriente. Precede una parte generale, sull'anatomia, la fisiologia ed i metodi di indagine. Sono poi considerate le malattie congenite, quelle dovute a disturbi della circolazione generale, a tubercolosi, a traumi, le sindromi dolorose.

Nell'ampio ed interessante capitolo delle miocarditi, sono prese in considerazione tutte le cause che possono determinarle, con particolare riguardo all'infezione reumatica. Fra gli altri argomenti, citiamo quelli concernenti il miocardio degli iper- ed ipotesi, nei vizi valvolari, nella fatica, in gravidanza, ecc., nonchè la conclusione delle varie azioni che si esercitano sul miocardio, cioè l'ipertrofia, la dilatazione, l'insufficienza. A parte sono considerate l'igiene e la terapia. La larga trattazione dei vari tipi di aritmia, che chiude il libro, costituisce di per sè una buona monografia sull'argomento.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

P. CHEVALLIER, J. BERNARD. *La maladie de Hodgkin*. Masson et C., Parigi, 1932. Fr. 75.

È la prima monografia che compare in Francia sull'argomento e si presenta particolarmente interessante perchè oltre a costituire una revisione accurata del problema della linfogranulomatosi maligna porta il contributo personale degli Autori nello studio di questa non rara malattia. È un volume di circa 300 pagine corredato di numerose figure dimostrative di malati e di preparati microscopici. Alla parte generale riguardante lo studio generale della malattia in base a quanto già è stato reso noto sull'argomento, segue una particolareggiata descrizione dei reperti anatomici ed istologici ed uno studio molto minuto dei vari sintomi presentati dagli infermi, sia per quanto si riferisce ai sintomi classici noti, sia a quelli che meno frequentemente si osservano, ma che hanno tutta la loro importanza nello studio patogenetico della malattia. Nei riguardi della eziologia gli AA. riportano i risultati delle ricerche precedentemente compiute e si dimostrano contrari all'opinione che la Malattia di Hodgkin sia dovuta al bacillo tubercolare. Concludono affermando che ancora ignota deve essere considerata la eziologia della malattia. *tr.*

C. KREBS, H. C. RASK-NIELSEN e AAGE WAGNER. *The origin of lymphosarcomatosis*. Un vol. in-8° di 53 pag. con 15 tav. Supplemento agli « Acta radiologica ». Stockholm. Prezzo Corone svedesi 8.

Studio sperimentale ben documentato in cui gli AA. studiano l'origine della linfosarcomatosi ed i suoi rapporti con altre forme di leucosi nel topo bianco. Essi descrivono la leucosi che si osserva in questo, dopo l'esposizione a forti irradiazioni röntgen; la malattia si può trasmettere sperimentalmente da una generazione all'altra, ma soltanto ad animali che sono stati esposti totalmente ai raggi X.

Sia nella malattia spontanea, come nella forma sperimentale, si tratta, dal punto di vista anatomo-patologico, di una linfoadenosi o di altra leucosarcomatosi.

Numerose osservazioni indicano uno stretto rapporto fra questa malattia e la leucosi nell'uomo.

Gli AA. suggeriscono, come denominazione quella di linfomatosi infiltrante (leucemica ed aleucemica). *fil.*

P. REBOUX. *Nouveaux régimes*. Un vol. in-16°, di 284 pag. E. Flammarion, Paris, 1931.

I regimi consigliati dai medici hanno spesso lo svantaggio di non essere applicabili perchè troppo unilaterali o monotoni, sicchè il malato se ne stanca presto. Occorre la collaborazione di una buona cuoca la quale, conoscendo quali sono i cibi e le droghe permessi per determinate malattie, sappia mettere insieme dei piatti gustosi e svariati.

In questo libro, l'A. dà per ogni gruppo di malattie (diabete, albuminurie, gottosi, arteritici, ecc.) l'elenco dei cibi permessi e proibiti, le liste di appetitose vivande per una settimana e precise indicazioni sul modo di prepararle.

Il tutto è presentato in modo attraente, con aneddoti ameni e consigli igienici senza inutili esagerazioni. Rileviamo, fra l'altro, l'arguta descrizione del vitto e delle salse degli americani, le varie pagine dedicate al riso — che potrebbero essere utilizzate per la nostra « campagna del riso »; come molti autori francesi, l'A. è vivamente contrario al pane, che chiama un'abbominevole empiastro ». *fil.*

S. HIGIER. *Fonctions sexuelles mâles et leurs troubles*. Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 50.

L'A. scompone la funzione sessuale maschile nei suoi elementi e ne fa una disamina minuta, completa.

Di ciascun componente è descritta la natura, la fisiologia nei suoi riferimenti anatomici e nelle sue finalità, la patologia.

Il tutto aggiornato in rapporto alle più recenti acquisizioni fisiologiche, alle moderne vedute psicologiche. DR.

L. CUNY e D. QUIVY. *Données actuelles sur l'hormone testiculaire*. Editore Masson, Parigi. Fr. 16.

È un riassunto completo dello stato attuale delle conoscenze sulla origine, natura e azione della secrezione interna dei testicoli. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Adunanza scientifica del 10 giugno 1932.

Presidente: Prof. dott. O. OBLATH.

Il dott. E. FERRARI, fatta una rassegna sintetica sulle moderne vedute intorno alle correlazioni ormonali tra ghiandole sessuali e preipofisi, riferisce sugli esperimenti di Zondek e Aschheim culminanti nella scoperta di una reazione per la diagnosi precoce della gravidanza, che si è oramai affermata quale ausilio indispensabile in casi dubbi ostetrici e ginecologici. Parla infine della modificazione introdotta dal Friedmann e delle proprie esperienze in proposito.

Su di un caso di avvelenamento acuto per morso da vipera.

Dott. V. ROMANIN. — L'O. riferisce, a guarigione avvenuta, sul decorso clinico e sul trattamento terapeutico usato in una donna che, trasportata d'urgenza all'Ospedale Regina Elena il 13 maggio u. s. e accolta nel III Reparto Medico con sintomi di avvelenamento acuto per morso da vipera in corrispondenza della parte superiore della regione del tendine d'Achille d. venne presentata il giorno stesso in questa sede dal primario prof. Guido Mann.

L'O. fatta rilevare l'estrema gravità del caso, sia per gli imponenti fenomeni di intossicazione generale, sia per l'edema cospicuo e l'intensa emolisi che si erano manifestati in corrispondenza dell'arto colpito, si sofferma particolarmente sull'uso terapeutico ad alte dosi del cloridrato di colina, giungendo alla conclusione che l'esito stesso può attribuirsi più che all'azione neutralizzante del siero antivipera a inibente della colesterina sulle proprietà emolitiche del veleno dei serpenti.

Adunanza scientifica del 24 giugno 1933.

Fuori dell'ordine del giorno il prof. GRANDI presenta una bambina con frattura del mascellare e ossa nasali dovute a un calcio di cavallo.

Il complesso ormonale cosidetto preipofisario e la fisiopatologia genitale femminile.

Dott. MARIO GEYER. — L'O. sintetizza quella parte degli studi sulle correlazioni corio-ipofisogenitali, che può essere finora riportata con certezza alla fisiologia ed alla patologia genitale femminile. Passa in rivista il comportamento degli ormoni cosidetti preipofisari nelle varie epoche della vita in condizioni fisiologiche e le loro variazioni in certe condizioni patologiche (disfunzioni ovariche) preipofisarie, pluriglandolari, castrazione, eclampsia, mola vescicolare, corioepitelioma, altre neoplasie genitali ed extragenitali). Riguardo all'origine degli ormoni ricorda la suggestiva ipotesi del Candele.

Tratta quindi delle loro applicazioni terapeutiche, accennando alle indicazioni, controindicazioni ed ai pericoli ai quali può esporre la somministrazione prolungata.

Discussione:

Dott. PINO TAGLIAFERRO. — Secondo l'O. è possibile che il rapido esaurimento degli innesti ovarici sia legato all'iperproduzione di prolan che si verificherebbe nelle contingenze che indicano questo accorgimento terapeutico. Se è vero che la follicolina inibisce questa disfunzione ipofisaria potrebbe essere utile praticare in precedenza e subito dopo l'innesto un trattamento follicolinico.

L'O. ha iniziato in proposito alcune ricerche sperimentali. Per quanto riguarda l'uso dei preparati preipofisarii ebbe occasione di sperimentarlo con ottimi risultati in 3 casi di metrorragia.

Usa dal 1930 la prova biologica ormonale della gravidanza con risultati soddisfacentissimi. Ritiene che la concentrazione degli ormoni contenuti nell'orina sia in grado di consentire un sensibile risparmio di animali per sorprendente costanza dei risultati. La prova sui conigli, mentre corrisponde nei casi abituali, è assolutamente inferiore a quella sulle topoline nella diagnosi generica di degenerazione molare e corionepiteliomatosa del villo e sopratutto nella diagnosi precoce di corionepitelioma.

Prof. CARLO RAVASINI. — La reazione di Aschheim-Zondek può servire nella diagnosi dei tumori del testicolo. Oggi si può concludere che in casi di tumore di testicolo avendo una reazione di Aschheim-Zondek positiva, si deve ritenere che si tratti di un corioepitelioma, che o forma tutto il tumore o una parte o anche una particella di un teratoma. In caso di reazione negativa, l'ipotesi di neoplasma non può esser scartata. Può trattarsi di un seminoma, d'un embrione semplice o di un tumore privo di formazioni corioplacentari.

Dott. ADOLFO DE GRISOGONO. — I trapianti sperimentali di lobo anteriore dell'ipofisi possono causare alterazioni strutturali non solo nelle ovaie, come ha detto il collega Geyer, ma anche nell'utero specialmente nella sua mucosa (iperplasia del corpo uterino e iperplasia cistica dell'endometrio), spesso combinate conformazioni microcistiche nell'ovaia.

Si ritiene (Feel, Putman, Hofbauer) che queste modificazioni siano determinate dalla preipofisi, o in via diretta mediante apporto di ormoni o indirettamente mediante l'iperemia del genitale da questi prodotta. E con ciò viene al punto che voleva rilevare.

La maggiore parte degli Autori ammette la possibilità del passaggio di una iperplasia dell'endometrio in neoplasia maligna; ma se questa iperplasia è un prodotto ormonale della preipofisi, ecco che questo organo viene ad assumere una certa importanza nell'etiologia del cancro e ad aprire forse nuove vie allo studio e alle indagini degli studiosi; e per intanto sappiamo che è dimostrata la presenza del Prolan A nelle orine delle carcinomatose.

E l'importanza della preipofisi in riguardo al cancro, può essere confermata anche dal fatto che i trapianti d'ipofisi negli animali provocano iperplasia anche nell'epitelio piatto della *portio* (leucoplachie) e metaplasia dell'epitelio cervicale, ma in modo tanto spiccato da dare il quadro di quello che si vuol oggi chiamare « stato precanceroso »; non è cancro, ma gli elementi cellulari sono disposti in modo che il tessuto appare « pronto al cancro », vale a dire tale da bastare poi uno stimolo, anche lieve, a determinare lo sviluppo del cancro.

Come ha funzionato la Maternità di Trieste nagli anni 1919-1924.

Dott. RENATO DE PORENTA. — L'O. parla delle deplorevoli condizioni d'ambiente nelle quali era lasciata la Maternità e confronta il triennio 1919-1921 col triennio 21-24 nel quale venne tolta la sala d'operazione. Dice della enorme difficoltà di lavoro, della tensione costante e della vigile attenzione di tutto il personale per evitare che questo doloroso stato di cose avesse a tradursi in danno per le ricoverate. Si occupa poi particolarmente di quei casi clinici che avrebbero potuto essere influenzati nel loro decorso dalle condizioni d'ambiente e cioè delle forme settiche puerperali e dei casi operativi dei quali ultimi non può portare che la propria statistica operatoria di quell'epoca.

In questi 6 anni ebbero luogo 5015 parti e 358 aborti. La cifra degli aborti è inferiore alla realtà non risultando dall'Ufficio anagrafico che gli aborti con feti vivi o morti e non gli aborti incompleti. Di queste 5373 donne morirono per sepsi 19 e cioè il 0,3 %. Questa statistica non è depurata e comprende anche le donne entrate in corso d'infezione. Calcolando a parte i due trienni con e senza stanza d'operazione il percento di mortalità per sepsi resta sempre 0,3 %.

Nella statistica personale su 1216 interventi praticati su 1155 donne, 14 morte per cause di-

verse. Non volendo calcolare l'atrofia giallo-acuta del fegato, 1 rottura d'utero e 2 eclampsie tutte entrate agonizzanti il per cento di mortalità è di 0.3.

Di 144 laparotomie morirono un aborto per addome alla Sellheim di tubercolosi miliare, un'annessite di peritonite, un'isterectomia per rottura d'utero per peritonite e cioè il 2,08 %. (46 tagli cesarei e 22 extrauterine senza mortalità e su 5 rotture d'utero operato 4 vennero salvate).

Il Segretario: Dott. M. Novak.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 28 gennaio 1932.

Contributo a la cura chirurgica del morbo di Basedow.

G. Jannelli. — L'O. presenta tre donne, affette da morbo di Basedow in stadio molto avanzato, da lui operate da quasi un anno. De le tre pazienti una era stata sottoposta per lungo tempo ad una cura Röntgen ed aveva subito anche una serie di iniezioni intraparenchimali di jodio. Le altre due avevano praticata per tre anni circa una lunga cura medica senza risultamento veruno. Al momento de l'intervento presentavano tutte e tre imponenti manifestazioni nervose di carattere generale, tremore de le mani, intenso esoftalmo, tachicardia forte (130-160 pulsazioni), metabolismo basale elevato (100; 105; 130 rispettivamente). Previa un'accurata terapia preoperatoria (riposo assoluto a letto; somministrazione di endojodina — 2 a 3 cmc. pro die —; dieta latteo-vegetariana; insulino-terapia), l'O., in anestesia eterea, col taglio classico di Kocher, intervenne resecando 4/5 della ghiandola tiroide e legando la tiroidea superiore da la parte ove restava il pezzo di ghiandola, che così veniva irrorata solamente da la tiroidea inferiore; l'applicazione di un fognuolo di garza, lasciato in sito per 48 ore, ed una sutura a strati completarono l'operazione. Per venti giorni dopo l'operazione fu somministrato l'jodio in forti dosi (fino a 6 cmc. di endojodina pro die) e per tre mesi venne somministrata l'insulina. Il risultamento, almeno sino ad ora, è stato brillante: scomparsa de' sintomi generali e locali; riduzione de la tachicardia (in un'operata le pulsazioni sono scese a 86); ingrassamento sono stati i fatti più notevoli del trattamento.

Il bistori elettrico.

V. Di Fabio. — Presenta il bistori elettrico, di fabbrica puramente italiana ed un bistori rigido col solo taglio scoperto, da lui consigliato. Con una serie di osservazioni personali, lo scagiona di tutti gl'inconvenienti rilevati dal Pauchet, inconvenienti che per altro non hanno impedito al grande Chirurgo francese di adoperarlo in quasi tutte le operazioni grandi e piccole, dichiarandolo un vero e reale progresso della Chirurgia.

L'origine di alcune suppurazioni addomino-pelviche.

V. Di Fabio. — Descrive quattro interessanti casi clinici, in cui importanti raccolte di pus si erano fatta strada sia spontanea sia chirurgica, il primo nello spazio sub-frenico e quindi attraverso i bronchi, due nella fossa ischio-rettale, ed un quarto nella regione superiore della natica, a tre dita trasverse infuori della spina iliaca posteriore superiore. Tutte queste raccolte provenivano dalla loggia renale con assoluto silenzio da parte dei reni. Un caso particolarmente importante perchè controllato con la nefrectomia era tale che il rene estremamente spostato fino al punto da essere caduto nella fossa iliaca sinistra portava il focolaio suppurato nella regione anteriore, in un punto cioè ove era impossibile sentirlo. Rileva che una delle vie più facili di diffusione delle infezioni alla loggia renale è il duodeno, nella parte sprovvista di peritoneo che contrae strettissime aderenze con la regione centrale. Conchiude che nelle suppurazioni addomino-pelviche, extra-peritoneali o retro-peritoneali, la nostra mentalità è sempre propensa a ricercarne la causa nell'appendice e nelle donne, negli annessi, laddove si deve assai più spesso rivolgere l'attenzione alla loggia renale e agli ascessi della regione anteriore del rene.

Seduta del 10 marzo 1932.

Contributo alla chirurgia del coledoco.

R. Janni. — Riferisce su due casi di calcolosi del coledoco. Nel primo trattasi di una donna di 24 a. che soffriva dolori violentissimi, in tutte le ore, alla reg. epatica, alla spalla d., al dorso. Mai itterizia, nè febbre, nè sofferenze gastriche od appendicolari. La radiografia mostrò « calcoli nella cistifellea ». All'atto operativo si trovò questa piena di grossi calcoli ed inglobata da aderenze specie al collo e sul dotto cistico. Nella porzione sopraduodenale del coledoco c'era un grosso calcolo che venne tolto con coledocotomia, che venne suturata. S'iniziò la colecistectomia. Non fu possibile espletarla. Venne allora praticata la colecistostomia a distanza introducendo e fissando con catgut un tubo nel corpo della cistifellea. Dopo circa 1 mese si potè fare la colecistectomia. Guarigione rapida e definitiva. Il secondo caso, più complesso, riguarda una donna di 41 anni che soffriva forti dolori alla reg. ipocondriaca d. Anche in questo caso mai itterizia, mai febbre, nè sintomi di les. gastriche od appendicolari. La radiogr. mostrò mancata coloraz. della cistifellea per probabile occlusione del cistico. All'atto operativo si trovò una cistifellea gonfia ed un calcolo nel cistico. Inoltre una cinquantina di calcoli nel coledoco sopraduodenale e nel dotto epatico, che furon tolti con coledoctomia sopraduod. Con la palpazione del coledoco retropancreatico si sentì una grossa massa dura e quanto una avellana. Si praticò lo scollamento duodeno-pancreatico facendolo precedere dallo scollamento e spostamento in giù dell'ang. epatico del colon e del segmento destro del trasverso. Una incisione sul coledoco r. p. fece fuoriuscire una quarantina di piccoli calcoli faccettati. Sutura parziale del coledoco e drenaggio di gomma a T nel segmento più alto. Sutura della coledocotomia soprad. Guarigione rapidissima e completa.

Contributo clinico e radiologico allo studio dsl reumatismo cronico vertebrale deformante.

A. Alhaique. — Comunica alcuni casi personalmente osservati nei quali soltanto la radiografia, troppo tardivamente praticata, giunge a mettere in evidenza lesioni vertebrali lombari determinanti sindromi dolorifiche erroneamente attribuite ad altri fattori patogenetici. Figurano fra questi un'inferma con reumatismo cronico defor-

mante lombare, determinante sindrome di pseudocolica renale, ed un infermo con intensa nevralgia sciatica, interpretata come nevrite da radicolite sol perchè esistevano, come il radiogramma dimostrò, tipici becchi di pappagallo da spondilite reumatica osteofitica. Trattavasi di una lombartrite e di un'ischialgia indipendenti fra loro ma entrambe di origine reumatica, tanto è vero che i dolori scomparvero con 10 iniezioni di Chinofenile alternate ad iniezioni di Endoiodo, praticate durante una cura di 20 applicazioni di fango minerale. L'A. si diffonde sulle difficoltà diagnostiche che si presentano in questi infermi nei quali il sintoma « lombaggine » può essere esponente di così numerose e disparate affezioni muscolari, radicolari e lombo-articolari, accennando alla lombartria del Leri, alle cosidette camptocormie e camptorachie di recente studiate e sopratutto alla diagnosi differenziale fra il reumatismo vertebrale osteofitico, la spondilosi reumatica e la spondilosi rizomelica, la quale ultima suol presentare localizzazioni multiple e diffuse, a tipo spiccatamente progressivo e anchilosante.

F. BUONOMO LA ROSSA.

Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi.

Sezione Emilia e Romagna.

Seduta del 5 giugno 1932.

Presidente: Sen. Prof. G. VIOLA.

Considerazioni cliniche su un caso di granuloma maligno.

Dott. L. BARCHI. — L'O. illustra un caso di linfogranuloma da lui osservato e discute le nuove teorie sulla patogenesi di questa malattia e sull'eventuale rapporto di essa con l'infezione tubercolare.

Il prof. G. TAROZZI ritiene che il linfogranuloma maligno debba essere considerato eziologicamente legato all'infezione tubercolare.

Il prof. VIOLA condivide le idee del prof. Tarozzi.

L'importanza del terreno organico nel determinare la forma anatomo-clinica del processo tubercolare dell'apparato respiratorio.

Dott. A. ZAMBIANCHI. — Riferisce alcuni casi nei quali, con modo e intensità di infezione analoghi, si sono ottenute forme anatomo-cliniche tubercolari tutto affatto diverse, il che senza dubbio è da attribuirsi ai fattori costituzionali.

Azione devitalizzante sul bacillo di Koch dei lisati di organi di animali sani recettivi alla tubercolosi.

Dott. E. TREPICCIONI. — I risultati delle esperienze dell'O. depongono per l'esistenza, nei lisati di organi di animali sani, di sostanze dotate in vitro di poteri devitalizzanti sul bacillo di Koch: tali sostanze sono termostabili, filtrano attraverso candele e la loro natura non è identificabile.

Discussione: prof. G. COSTANTINI.

Ectomia dell'epiglottide per lesione tubercolare circoscritta

Prof. P. CALICETI. — Precisa l'indicazione, descrive il modo di esecuzione e gli strumenti indicati dai diversi AA. per eseguirla. Riferisce poi sui varî casi da lui operati e sui risultati ottenuti.

Discussione: prof. A. CAMPANI.

Prof. F. VIGI. — *Tentativi di terapia dell'ozena laringo-tracheale e delle laringiti atrofiche con istillazioni endo-bronchiali di olio iodato.*

Sulla sede delle caverne precoci.

Prof. G. COSTANTINI e Dott.ssa C. SOGLIA. — Su 1500 casi di tubercolosi gli AA. hanno trovato 77 caverne precoci, così distinte: Apicali 5,2 %. Sottoclaveari 25 %. Intercleidoilari 27,2 %. Iuxta-ilari 40 %; del lobo inferiore 2,6 %. Questa statistica mette in evidenza l'importanza della regione parailare nei processi di reinfezione della tubercolosi polmonare.

Dott. A. ALESSI. — *Infezione reumatica e forme similari dell'infanzia in rapporto alla tubercolosi.*

Dott. G. BERTEL. — *Sulla diagnosi differenziale di alcune ombre opache dell'emitorace di destra.*

Dott. A. MUGGIA. — *Un caso di calcolo polmonare.*

Prof. G. LASCHI. — *Il doppio contorno costale equivalente di banderella opaca marginale quale espressione di reazione pleurica.*

La dentatura degli ammalati di tubercolosi polmonare.

Dott. I. CORNIA. — Le maggiori alterazioni del sistema dentario si osservano nelle forme polmonari a decorso mite e prognosi favorevole: le forme polmonari a decorso grave si accompagnano sovente a dentature perfettamente sviluppate e conservate.

Dott. L. TARABINI. — *Alternanza di manifestazioni patologiche nel torace e nell'addome.*

Dott. M. MERIGHI. — *Frequenti coincidenze della meningite specifica in lesioni anche iniziali del polmone destra.*

Dott. M. LENZI. — *Note ematologiche sulla tubercolosi secca nevro-dispeptica. — Un nuovo apparecchio per la velocità di sedimentazione dei globuli rossi.*

Prof. A. CAMPANI. — *Medici condotti e assistenti sanitarie: il problema nelle campagne. — Come si provvede ora alla disinfezione, nel caso di grave infezione domiciliare. — Il problema della tubercolosi chirurgica di fronte ai Consorzi.*

Prendono parte alla discussione i proff. FORNI, BERGAMINI, COSTANTINI, dott. MERIGHI, prof. TAVERNARI e OTTOLENGHI.

Prof. A. CAMPANI, dott. ZINELLI e GIORGI. — *La minore morbosità tubercolare negli esercizi salsamentari.*

Prof. R. CHIAPPINI. — *Osservazioni sugli obblighi di assistenza sanitaria del Consorzio Provinciale Antitubercolare.*

Il Segretario: Prof. G. COSTANTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Triptofanuria e suo significato.

A. T. Brice (*Archives of Internal Medic.*, giugno 1932) ha ricercato il triptofano facendo 169 ricerche in 10 soggetti normali, 525 su malati di malattie mediche o chirurgiche e più di 600 su malati nervosi e psichici. Egli ha modificata la tecnica del Boltz raffreddando la provetta durante l'aggiunta di acido solforico.

Egli lasciò per una notte le provette con urine che avevano dato reazione positiva e vide che quelle lasciate intatte davano sviluppo a germi e la reazione del triptofano diventava negativa, mentre quelle a cui si era aggiunta qualche goccia di cloroformio, o etere o toluene conservavano la reazione positiva.

In 20 casi ci fu reazione di Boltz positiva in urine contenenti acetone e acido diacetico, in 7 casi fu positiva in urine contenenti zucchero, quindi la presenza di queste sostanze nelle urine non maschera la reazione del triptofano.

Il triptofano fu trovato nel 33 % dei 525 esami fatti in soggetti con malattie mediche e chirurgiche. Su 315 urine con albumina, in 91 (29 %) ci fu triptofano e la percentuale più elevata di triptofanuria con albuminuria si è avuta nelle malattie renali. Però il fatto che ci furono 222 esami di urine con albumina ma senza triptofano indica che la molecola proteica eliminata può non contenere triptofano.

Su un gruppo di 169 esami che davano presenza di triptofano, 78 erano senza albumina; quindi la triptofanuria è un'entità clinica che può essere disgiunta dall'albuminuria e la percentuale più alta di triptofanuria senza albuminuria fu notata in casi di malattie nervose e in casi di shock chirurgico o traumatico.

La triptofanuria indica certamente un disturbo del ricambio proteico, ma il suo significato non è ancora chiaro. R. LUSENA.

Idrope delle vie biliari o della così detta bile bianca.

F. Bernhard (*Br. Beitr. z. klin. Chir.*, 154, 3) in base ad esperimenti tendenti a produrre un'idrope delle vie biliari negli animali, e in base a osservazioni cliniche, crede di poter dimostrare che la cosidetta bile bianca si produce nella maggior parte dei casi sicuramente e negli altri con probabilità, sulla base di un'infezione della bile ristagnante. L'infezione, generalmente d'origine intestinale, determinerebbe da una parte un accorrere di leucociti nel contenuto delle vie biliari, che sarebbero capaci di asportare le sostanze coloranti della bile, dall'altra una ipersecrezione della mucosa, per lo stato infiammatorio, e quindi l'idrope.

Tali conclusioni dell'A. sono in contrasto con le esperienze eseguite da Valdoni (*Policlinico*, Sez. Chir.) nella clinica chirurgica di Roma secondo le quali la bile bianca si può produrre sperimentalmente senza alcun intervento di fattori infettivi. P STEFANINI.

CASISTICA.

L'angina a monociti.

È stato descritto da diversi autori un quadro clinico di angina in cui si ha un aumento di monociti nel sangue. Esso va sotto diversi nomi: linfoblastosi, linfomonocitosi, angina monocitica, reazione mononucleare.

F. Schmerel (*Med. Klinik*, 3 luglio 1932) ne ha studiato 15 casi, di cui 12 in individui di 16-28 anni e 3 bambini che presentavano tutti alta febbre, essudato tonsillare ad entrambe le tonsille e ingorghi ghiandolari multipli. Il numero dei leucociti variava da 7.500 a 23.000; i monociti, salvo in un caso in cui si trovavano in proporzione del 4 %, variavano dall'11 al 51%.

In 11 casi, ha trovato l'associazione fuso-spirillare di Vincent. Nei casi con reperto negativo di fuso-spirilli, la cura col salvarsan diede esito negativo.

L'angina monocitica sarebbe quindi da considerarsi come una forma generalizzata dell'angina di Vincent, che è invece un processo puramente locale. *fil.*

Ricerche ematologiche nelle angine idiopatiche.

F. Fioretti (*Il Valsalva*, maggio 1932) ha eseguito ricerche sistematiche sulla crasi figurata del sangue in casi di tonsilliti acute e subacute idiopatiche, ritrovando quanto segue.

1) Non si hanno alterazioni nel numero e nella forma delle emazie, nel valore globulare nè si riscontrano forme immature della serie rossa o bianca nè inversione della formula leucocitaria.

2) In tutte le forme si ha un certo grado di leucocitosi, con modificazioni numeriche dei monociti e linfociti.

3) La formula di Arneth risulta deviata a sinistra in una forte percentuale di casi (66 %).

In due casi di angine acute micotiche, il comportamento del sangue è stato riscontrato analogo a quello degli altri stati infettivi acuti e delle comuni angine. *fil.*

Agranulocitosi cronica con scarsi sintomi.

Numerosi casi di agranulocitosi sono stati pubblicati dopo la classica descrizione di Werner Schultz, per lo più in connessione con una

angina acuta e con esito letale entro pochi giorni. La prognosi era quindi considerata per il passato assolutamente infausta. Ma in seguito furono descritti da varii autori dei casi venuti a guarigione.

Doxiades (*Klin. Woch.*, n. 10, 1932) riporta tre casi di intensa agranulocitosi nei quali si osservò un decorso cronico di natura benigna. In uno di questi casi seguito per lungo tempo si osservavano dei periodi di forte abbassamento del numero dei leucociti senza alcun disturbo della salute nè obiettivo, nè subiettivo. La diminuzione dei granulociti esisteva con intervalli da almeno 3 anni. In questo tempo sopravvennero numerose infezioni durante le quali si avevano valori numerici di leucociti molto bassi ed anche alti.

Il passaggio dalla caduta quasi completa dei granulociti ai valori normali dei polinucleati avveniva senza alcuna influenza terapeutica.

D. LONGO.

Tromboflebite migrante o ricorrente.

F. Parkes Weber e E. Schwarz (*The Practitioner*, aprile 1932) descrivono un caso di un individuo caduto sotto la loro osservazione, il quale presentava una flebite della poplitea destra. Da vent'anni, a intervalli più o meno lunghi, detto individuo presentava affezioni tromboflebitiche in vari distretti dell'organismo. In questo, come in altri pochi casi analoghi che sono descritti nella letteratura, non si è riusciti a identificare un agente patogeno (ove si eccettui il caso di Ryle che avrebbe isolato uno streptococco viridens). La prima manifestazione però si ha quasi sempre dopo una malattia infettiva acuta. Le successive localizzazioni si possono avere negli arti, o in qualsiasi organo interno, con una sintomatologia più o meno imponente, a seconda dell'organo colpito.

In qualche caso la tromboflebite ricorrente si può presentare associato alla tromboangioite obliterante o morbo di Buerger.

M. PONS.

La trombosi-flebite da sforzo.

J. Cottalorda (*Lyon Chirurg.*, n. 2, 1932) pigliando lo spunto da 3 casi osservati ritorna sull'argomento.

Ricorda essere più frequente nell'uomo, nell'età media, specie presso i braccianti e nell'arto superiore destro.

I sintomi essenziali sono: l'edema, l'impotenza funzionale, il circolo collaterale, la palpazione di un cordone venoso.

Si trova pure nell'arto ammalato un aumento della pressione massima e dell'indice oscillometrico e della viscosità del sangue con diminuzione dei globuli rossi, segni tutti di squilibrio vaso-motorio per irritazione simpatica.

Le lesioni anatomo-patologiche riguardano la vena principale dell'arto. Questa in genere è trombotica con o senza ematoma perivenoso, in altri casi è pervia e solo esistono ecchimosi nella perivena.

L'etiopatogenesi è discussa. Alla antica teoria traumatica e infettiva si contrappone oggi la simpatica basata sugli studi di Leriche, per cui l'edema è legato a dei riflessi vaso-motori nascenti dall'avventizia infiammata o irritata (veno-spasmo). Secondo l'A. è la parete venosa che fa l'edema e non lo stato del lume venoso. La contusione, l'ecchimosi, l'ematoma della parete venosa sarebbero la causa del veno-spasmo.

Dal punto di vista terapeutico consigliano dapprima di esperimentare un semplice trattamento medico d'attesa. Se dopo qualche giorno i disturbi non tendono a regredire, persistono o s'aggravano, conviene intervenire con la flebectomia parziale del tratto trombotico, completata meglio ancora, dalla simpatectomia periarteriosa dell'arteria corrispondente.

Tale trattamento è stato applicato ai 3 casi osservati e con pieno successo.

R. GRASSO.

TERAPIA.

Il trattamento dell'agranulocitosi.

A. Hartwitch (*Klinische Wochenschrift*, 16, gennaio 1932) ha trattato diversi casi di agranulocitosi mediante i raggi X; in alcuni ha ottenuto degli effetti, ma transitori, tanto che 2-3 giorni dopo l'ultima irradiazione, i granulociti erano sotto la normale; analoghi effetti si sono ottenuti con le iniezioni di latte o di omnadina.

Effetti buoni si sono ottenuti con la trasfusione; diminuzioni critica o litica delle temperature, aumento dei leucociti e specialmente dei granulociti; ma, come per i raggi X, effetti transitori.

In alcuni malati, si è avuta la guarigione. La trasfusione di sangue merita di essere tenuta in considerazione nel trattamento della malattia.

fil.

La malarioterapia nella leucemia.

Rosenow, nel 1927, per curare la leucemia cronica mieloide, ha inoculato la malaria, ottenendone un miglioramento transitorio, dopo il quale si ristabilirono le primitive condizioni e la malattia seguì il suo corso.

K. Paschkis (*Med. Klinik*, 24 giugno 1832) in un individuo con antica sifilide e leucemia cronica linfatica, iniettò la malaria. Alla diminuzione transitoria nel numero dei leucociti, non corrispose nessuna retrocessione nello stato degli organi toccati dalla leucemia.

Ne conclude che la terapia malarica nella leucemia è inefficace e chè il miglioramento nel sangue è illusorio.

fil.

La resezione gastrica nell'ulcera perforata dello stomaco e del duodeno.

In uno spazio di 9 anni H. Kung (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 160, pag. 390, 1930) ha raccolto 115 casi di perforazione di ulcera gastrica e duodenale. In 108 casi si trattava di uomini, in 7 di donne. Sono guariti 86 casi, morti 28; espressa in percentuali la mortalità complessiva è del 25,2 %. In 54 casi venne eseguita una resezione gastrica seguita quasi sempre da gastrodigiunostomia precolica con entero-entero-anastomosi. Dei casi resecati, 38 possono essere considerati come interventi precoci, 16 tardivi. La mortalità è stata del 7,4 %; se si considerano però soltanto i casi di intervento precoce, la mortalità scende a 2,6 %. Dalla considerazione dei risultati della propria statistica l'A. viene a raccomandare la resezione gastrica quale tipo di intervento nei casi di perforazione gastrica recenti; dopo la XII^{a} ora dalla perforazione sarà prudente non resecare a meno che le condizioni generali del malato non sieno ottime. In questo periodo più tardivo l'A. usa la chiusura della perforazione con G. E. e solo la chiusura e addirittura solo il drenaggio nei casi più gravi. I risultati lontani cattivi dopo G. E. rappresentano l'indicazione quai assoluta della resezione.

Anche Eichelter (« Resezione gastrica come metodo di elezione nell'ulcera perforata dello stomaco e duodeno » *Arch. Klin. Chir.*, vol. 160, pag. 400, 1930) raccomanda caldamente di resecare nei casi di ulcera perforata gastrica e duodenale. In una serie di 51 casi venne eseguita 41 volte la resezione con una mortalità del 17 %, mentre la mortalità globale è del 23,5 %.

L'indicazione all'operazione radicale è rappresentata dalla differenza fra i risultati lontani dopo G. E. e dopo resezione.

P. VALDONI.

Il trattamento chirurgico dell'ulcera duodenale.

H. Finsterer e F. Cunha (*Surg. Gyn. a. Obst.*, giugno 1931) hanno raccolto una breve e succosa rivista dei vari metodi di cura chirurgica dell'ulcera duodenale, basandosi sulla larghissima esperienza del Finsterer stesso. Essi si dimostrano contrarii sia alla gastroenterostomia sia alla resezione secondo Billroth I anche secondo la modificazione di von Haberer almeno in linea generale; e dimostrano la loro preferenza per la Billroth II secondo la modificazione di Finsterer che è essenzialmente una Reichel-Polya con sezione altissima dello stoma sulla piccola curvatura, e sulla sua meta sulla grande curvatura, e con chiusura a punti staccati dell'anastomosi in corrispondenza del suo angolo inferiore. V. GHIRON.

Sintomi e cura dell'ulcera flebitica.

O. Meyer (*Münch. Med. Woch.*, 1° aprile 1932) riferisce sulle sue ricerche sull'ulcus flebitico: egli ritiene che, date le strette relazioni che legano la manifestazione ulcerativa allo stato infiammatorio delle vene, sarebbe vano il tentare una cura radicale dell'ulcera dirigendo esclusivamente su di essa la terapia; a volte accade che l'infermo, dopo la guarigione dell'ulcera, si senta peggio, mentre di solito si vedono le ulcere guarire, quando si curi convenientemente la flebite da cui esse dipendono: come trattamento l'A. consiglia l'applicazione della fascie da compressione Fischer, ricordando che tale trattamento va prolungato sino a quando le vene della gamba e della coscia non abbiano perso la loro sensibilità alla pressione; il punto migliore per la compressione della vena tibiale posteriore è nel terzo inferiore della tibia.

Guarendo la flebite, si libera l'infermo da un vero e proprio focolaio d'infezione in atto, e lo stato generale se ne giova grandemente.

V. SERRA.

La cura razionale dell'intossicazione saturnina.

I vecchi concetti sono stati superati da studi americani accurati iniziatisi nel 1926 (Aub, Fairhall, Minot e Reznikow), che hanno tutti confermato l'interessantissima ipotesi emessa da vari medici europei, che il *piombo nocivo* non sia tutto quello che è nell'organismo ma solo quella parte *che circola libera nel sangue*, mentre quello *fissato* non nuoce. Questo concetto direttivo è stato anche confermato da AA. tedeschi (Teleky, *Münch. med. Woch.*, n. 9, 1931) e svizzeri (Pometta, *Rév. Méd. de la Suisse Romande*, n. 5, aprile 1932).

La terapia deve agire cacciando il più rapidamente possibile il piombo *dal sangue* — e non necessariamente dall'organismo —, con il che si eviteranno dei grossi guai. Il più urgente è di provocare il deposito del piombo nel sistema osseo ove esso resta inattivo ed inoffensivo, e dove si avrà poi tempo ad andarlo a cercare in seguito per eliminarlo a piccole dosi successive.

Nelle intossicazioni *acute* non si può tentare subito una terapia di eliminazione, poichè questa equivarrebbe a mobilitare il Pb. che vi fosse già fissato e quindi aumenterebbe i danni. Bisogna invece ricombinare al più presto il piombo che si trova nel sangue e farlo depositare. Ciò si ottiene ordinando un regime alcalino, molto latte, legumi, patate, e poi con l'istituire un regime calcificante (calcio endovenoso che agisce in modo specialmente meraviglioso nelle coliche saturnine, tanto da indurre all'abbandono dei vecchi oppiacei).

Nelle forme *croniche* la terapia è quasi inversa: si deve cercare il Pb. nel corpo, ricondurlo nel sangue ed eliminarlo. Non si deve però mai dimenticare che una mobilizzazione brusca e massiva equivarrebbe a una nuova intossicazione con danni magari irreparabili.

Il regime ed i medicinali devono agire per

decalcificazione. Il latte, le uova, i legumi freschi e certe frutta devono essere lasciate del tutto da parte: essi devono essere rimpiazzati da un regime acidulato ricco in carne; dunque carne, riso, fegato, pomidori, banane, patate, thè, maté, caffè, pane, zucchero, sale, pepe. Questo regime provoca acidosi e favorisce con ciò la mobilizzazione del piombo. Si deve provvedere poi alla sua metodica evacuazione. Per questa si consiglia soluzione di joduro di sodio al 10 p. 200: alla dose di 4-5 cucchiai al giorno ai pasti. Quando la maggior parte del piombo è stata già eliminata, (Leschke) si può usare il bicarbonato di sodio (!!) ad alte dosi 20, 30 gr. in 4-5 volte.

Si aggiungano dei purganti salini e si alterni questo regime ogni quattro giorni, con tre di riposo, per evitare l'eccessiva mobilitazione del piombo. Come medicinali collaterali, nelle forme acute si può aggiungere il tiosolfuro di sodio, e nelle forme croniche l'uso di acque sulfuree.

Con questi metodi di cura si sono avuti splendidi successi. L. TONELLI.

La somministrazione dei sonniferi.

H. Fischer (*Fortschr. d. Ther.*, 1932, n. 9) consiglia la somministrazione perlinguale, che dà, con le minime dosi, l'azione più rapida ed efficace, escludendo il filtro epatico. Se il rimedio è solido, lo si scioglie in un po' di tè e lo si lascia in bocca per una diecina di minuti, facendo come una risciacquatura.

Per evitare un'azione cumulativa, sospendere il rimedio per due giorni, dopo 3-5 giorni di somministrazione ed, invece del primo, darne altri che si eliminano rapidamente (adalin, bromural, sedormid, cloralio idrato).

Particolare cautela nelle dosi con pazienti deboli od in stato cachettico, giacchè si sono avuti casi di intossicazione anche mortali con dosi di g. 1-1,5 di veronal. Particolarmente controindicato è in tali stati, come nel delirium tremens, il cloralio idrato. Nei vecchi arteriosclerotici, evitare i preparati barbiturici ed il rivanol. Per impedire eventuali abusi del medicamento, prescrivere per ogni grammo di veronal, 20 cg. di radice di ipeca. *fil.*

La cura dell'epilessia con le iniezioni di luminal sodico nella cisterna magna.

E. Ciotola (*La Cronica medica* di Lima Perù, aprile 1932) espone il metodo proposto da Ayala di Roma per la cura della epilessia convulsiva grave mediante le iniezioni di luminal sodico nella cisterna magna.

Quindi riferisce l'esito dell'applicazione del metodo da lui fatto su tre individui affetti da epilessia.

Si trattava di due donne e di un uomo che avevano frequenti accessi convulsivi, tre al giorno ed anche più.

Nel soggetto di sesso maschile le convulsioni erano più ravvicinate e si avevano anche disturbi psichici con agitazione motoria.

Le cure di bromuri, di tartrato boro-potassico e di luminal per via orale non dettero risultati soddisfacenti.

In tutti e tre i casi la iniezione di gr. 0,22 di luminal sodico nella cisterna magna non rarefecero gli accessi, nè modificarono lo stato psichico. I pazienti dopo l'iniezione non manifestarono sopore e neppure sonnolenza.

L'A. conclude che un'unica iniezione è forse insufficiente o che la dose di 22 centigrammi non è la migliore. DR.

Negli stati di eccitazione.

Ch. Richet (fils) e F. Joly (*Journ. méd. Paris*, 1932, n. 1) raccomandano l'avertina, che ha un'azione più pronta che il cloralio. La si introduce per clistere (Avertina g. 5, in acqua, cmc. 280).

Tale terapia è specialmente utile nel delirium tremens ed in altri stati di eccitazione alcoolica, nell'inquietudine epilettica e nelle esplosioni maniache dopo lesioni cerebrali. *fil.*

La terapia interna dell'ascesso polmonare.

P. Siebert (*Fortschritte der Ther.*, 1932, n. 8) consiglia le iniezioni di neosalvarsan a dosi crescenti da cg. 45 a 60, ogni 2-3 giorni, fino ad un totale di g. 10-12. In parecchi casi, ha osservato degli effetti sorprendenti (cessazione del fetore, abbassamento della temperatura, diminuzione della quantità dello sputo).

Per la terapia non è indispensabile la diagnosi esatta fra ascesso e gangrena. Non si debbono tralasciare i consueti medicamenti, sia i cardiotonici, sia gli espettoranti, sia il drenaggio polmonare, ecc. *fil.*

Nell'emoftoe di lieve grado.

G. Caussade e S. Tardieu (*Journ. d. praticiens*, 1932, n. 5) raccomandano i vaso-dilatatori e specialmente la trinitrina unitamente alla morfina. Nelle forme più gravi, iniezioni di siero, estratto del lobo posteriore dell'ipofisi, e coagulene. Il cloruro di calcio viene in seconda linea. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

La bacillemia tubercolare e la cultura del sangue.

Secondo A. Philibert (*Gaz. des Hôp.*, n. 38, 1932) i metodi sin qui adottati per la dimostrazione del bacillo di Koch nel sangue (ricerca diretta ed inoculazione in cavia) si sono mostrati assai deficienti e per questo non sono mai entrati nella pratica batteriologica. Il prof. Löwenstein di Vienna ha recentemente descritto un metodo di cultura su un terreno speciale, grazie al quale si può mettere in evidenza il bacillo nel sangue in un'epoca

assai precoce ed in una percentuale veramente considerevole. Si può dire che i risultati di Löwenstein tendono a modificare completamente le nostre conoscenze sulla setticemia tubercolare e ad allargarne assai il quadro: nella tbc. polmonare cavitaria, ad es., egli trova l'emocultura positiva nell'80-90 % dei casi, nella tbc. urogenitale nel 70 % e sovente il reperto è positivo quando ancora il germe non è constatabile nelle orine; nelle tubercolosi cutanee i risultati dell'emocultura sono positivi dal 60 % al 70 % dei casi. Lupus tubercolare, gomme cutanee e anche tuberculidi, lupus eritematoso, lichen scrofulosorum, acne necrotica, eritema indurato di Bazin sono, secondo i dati dell'emocultura, corollari della bacillemia Kochiana.

Nelle tubercolosi acute, granulia, meningite tbc. ecc., Löwenstein isola il bacillo costantemente.

Ma nel corso di queste ricerche un'altra cosa strana è emersa, ed è il reperto quasi costantemente positivo dell'emocultura anche in forme di reumatismo articolare acuto, tanto che Reitter, allievo di Löwenstein, non esita a concludere che la malattia in questione è dovuta esclusivamente al bacillo di Koch.

Questa conclusione naturalmente lascia ancora scettici i patologi e non sono mancate critiche al metodo stesso di Löwenstein che nelle mani di molti altri ricercatori ha dato insuccessi più o meno completi.

Secondo l'A. però questa differenza di risultati è tutta imputabile alla difficoltà della tecnica della preparazione del terreno, come pure si deve escludere che i germi isolati non siano realmente bacilli della tubercolosi: se questo dubbio può sorgere nel caso del reumatismo articolare, non ha ragion d'essere allorchè si tratti di forme granuliche, di forme polmonari aperte, ecc.

Il metodo di emocultura di Löwenstein rappresenta un procedimento prezioso, sebbene bisognoso di essere migliorato, e che in tutti i modi ci ha mostrato che la bacillemia è molto più frequente di quel che sin qui non si pensasse non solo nelle forme chiare e patenti, ma anche nelle forme setticemiche « non follicolari » con manifestazioni puramente infiammatorie. E. Antoniazzi.

Studi sulla tromboangioite obliterante (Buerger): il metabolismo basale.

I forti fumatori ingrassano quando smettono di fumare.

I malati di tromboangioite obliterante che sono fumatori ingrassano essi pure quando smettono di fumare. Per questo S. Silbert e M. Friedlander (*Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, 30 maggio 1931) studiarono il metabolismo basale in 50 casi di tromboangioite e, per confronto, in 12 forti fumatori e 10 arteriosclerotici e trovarono metabolismo al disotto del normale (in media — 16,2 %) nei malati di tromboangioite obliterante, pure al disotto del normale (in media — 15,1 %) nei forti fumatori e al disopra del normale (in media + 9 %) negli arteriosclerotici. R. Lusena.

Alterazioni dei capillari nei bambini affetti da diatesi essudativa.

Le manifestazioni morbose indicate col nome di diatesi essudativa sono molto diffuse nell'infanzia, ed ancora si discute sulla loro interpetrazione patogenetica.

È comunque assodato che, accanto a speciali condizioni anatomiche, rappresentate da un abnorme sviluppo del sistema linfatico negli essudativi, esistono anche alterazioni funzionali del sistema nervoso vegetativo, con prevalenza del vago.

Quest'ultimo fatto spiega la tendenza ai disturbi vasomotori, con facili arrossamenti, congestioni e trasudazioni.

È logico quindi che siano state studiate le modificazioni strutturali dei vasi cutanei, in rapporto ai suddetti disturbi.

G. Sanna (*Rivista Clin. Ped.*, n. 1, gennaio 1932) ha ripreso tali studi, volgendosi al quadro capillariscopico, ed ha per l'appunto trovato che in 26 bambini su 29, affetti da diatesi essudativa, i capillari si mostravano alterati.

Le alterazioni essenziali erano date da allungamento, tortuosità ed ectasie dei tratti venosi e trasversi delle anse, con anastomosi abnormi dei tratti arteriosi. Anche la fragilità vasale si mostrò aumentata.

Tutte queste alterazioni, non riscontrate in numerosi controlli sani, rappresentano un elemento patogenetico assai importante nella produzione delle manifestazioni cliniche della diatesi, e possono costituire un mezzo d'indagine clinica ed un elemento diagnostico considerevole. M. Faberi.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza sanitaria scolastica.

In un precedente articolo (*) ci siamo occupati della vigilanza igienica nelle scuole, sopratutto in rapporto alla difesa contro le malattie infettive. È questo certamente il compito più importante dell'igiene scolastica, per il quale l'ufficiale sanitario, oltre a provvedere che la scuola non divenga un fattore di diffusione di contagio, può e deve servirsi dell'ambiente scolastico come di un utile osservatorio che rivela prontamente le condizioni della salute pubblica di un centro abitato (rione urbano, comune o frazione rurale) e specialmente della sua popolazione infantile, dato che essa presenta una particolare reattività per talune malattie infettive e diffusive. A tale scopo non

(*) Policlinico, n. 50 del 15 dic. 1930.

sarà mai abbastanza raccomandato che fra l'autorità sanitaria e quella scolastica si mantengano sempre stretti ed armonici contatti per la reciproca e pronta segnalazione di tutti i fatti che possono interessare lo stato di salute delle collettività infantili.

Ma l'intervento del medico nella scuola non deve limitarsi al campo delle malattie infettive perchè, indipendentemente da queste, l'ambiente scolastico può influire sulla salute degli alunni, sia in senso benefico, sia, talvolta, dannosamente, quando non siano osservate le norme fondamentali dell'igiene scolastica. Inoltre la scuola in genere, e particolarmente la scuola primaria, offre molte importanti occasioni per vigilare e tutelare lo stato di salute dei bambini e dei fanciulli nel periodo della vita nel quale è più facile scoprire le deviazioni dalla norma e le tendenze morbose, ed è più utile adottare i provvedimenti necessari per combatterle e per favorire il sano e regolare sviluppo dell'organismo ancora in via di evoluzione. Da questo punto di vista la vigilanza igienica sulle scuole occupa un posto di speciale importanza nel grande quadro della politica demografica di difesa sanitaria delle giovani generazioni, così fortemente voluta dal Governo Fascista. Non sarà perciò del tutto inutile indicare, sia pure sommariamente, i punti principali sui quali l'ufficiale sanitario porterà la sua attenzione se vorrà adempiere con coscienza ai propri doveri.

Ricordando che le vigenti disposizioni fanno obbligo all'ufficiale sanitario di visitare periodicamente le scuole del proprio Comune, è superfluo accennare come, fra tali visite, offra particolare interesse quella da farsi all'apertura dell'anno scolastico. Sarà conveniente che, prima ancora dell'inizio delle lezioni, l'ufficiale sanitario si rechi ad ispezionare gli edifici scolastici e porti la sua attenzione sui vari locali che li compongono (aule, corridoi, scale, latrine, lavandini), sullo stato delle pareti e dei pavimenti, sulle finestre, sugli impianti di ventilazione, di illuminazione, di riscaldamento e di approvvigionamento idrico, sulle condizioni generali di manutenzione e di pulizia, ed infine sull'arredamento (banchi, altra suppellettile scolastica). In base ai rilievi fatti, si richiederà tempestivamente al Podestà l'esecuzione dei lavori necessari ad eliminare eventuali deficienze o cause di insalubrità. In ogni caso si dovrà esigere una pulizia radicale di tutti gli ambienti ed un'imbiancatura a calce delle pareti. Anche dal lato pedagogico e morale, oltre che igienico, è bene che i fanciulli, ritornando alla scuola, la vedano ripulità e rimessa a nuovo, e non ritrovino le tracce di sporcizia che inevitabilmente vi rimangono alla fine dell'anno scolastico.

Una seconda ispezione farà l'ufficiale sanitario nei primi giorni di scuola, dedicandola all'esame degli alunni, con particolare riguardo ai nuovi iscritti. All'uopo dovrà ottenere in ogni scuola l'uso di un adatto ambiente e possibilmente la concessione permanente di una stanza apposita per la visita medica. Saranno curati l'impianto e la regolare tenuta di un registro sanitario per l'annotazione dei resultati delle ispezioni e di uno per le visite mediche individuali e, dove è possibile, si procederà anche alla compilazione di una cartella biografica per ciascun alunno. L'esame individuale servirà a constatare le condizioni generali di salute e di sviluppo, il tipo costituzionale e la esistenza di eventuali anomalie o deficienze che occorra segnalare alla famiglia dell'alunno o per le quali si debbano adottare provvedimenti speciali. Registrati il peso e la statura, il medico passerà in rivista lo stato di nutrizione dell'organismo, la cute (dermatosi), le mucose, il sistema ghiandolare, lo scheletro (deviazioni vertebrali), il cuoio capelluto (parassiti), il naso, la bocca, la gola, i denti, le tonsille (vegetazioni adenoidi). Successivamente si porterà l'attenzione sui grandi apparati toracici e addominali e poi sugli organi di senso, vista (oftalmie, vizi di refrazione) e udito (otiti croniche, ipoacusie), che dovranno esser saggiati anche in riguardo all'assegnazione dei posti nei banchi ed all'eventuale necessità di correzioni (occhiali). In questo esame sistematico e nella esatta registrazione dei dati relativi, sarà di grande utilità la volenterosa ed intelligente collaborazione degli insegnanti, collaborazione indispensabile per il buon funzionamento di tutti i servizi di vigilanza sanitaria scolastica. Complemento necessario della prima visita agli alunni è quella al personale, sia insegnante che di servizio.

Le visite periodiche successive debbono servire per constatare la comparsa di fatti nuovi nello stato sanitario della scolaresca e del personale, per controllare lo sviluppo somatico e psichico degli alunni, per vigilare sulla manutenzione e pulizia dei locali, sugli effetti del lavoro scolastico, sulle lezioni di educazione fisica e sopratutto per una sistematica propaganda igienica nell'ambiente scolastico.

Se le vigenti disposizioni danno norme tassative nei riguardi degli alunni o del personale riscontrato affetto da malattie contagiose, per le altre deficienze organiche di carattere non infettivo, occorre provvedere caso per caso, secondo la scienza e coscienza del medico e secondo la potenzialità delle istituzioni locali di assistenza scolastica ed infantile in genere.

Nei grandi Comuni, affiancate alla scuola, esistono gran numero di tali istituzioni, che completano l'opera del medico scolastico; gli alunni vengono diretti ai diversi ambulatori, a seconda della forma morbosa della quale sono affetti, ed ivi convenientemente curati. A speciali bisogni si provvede colle scuole all'aperto, con quelle per tracomatosi, coll'invio in pre-

ventori o colonie, colla refezione scolastica, coi patronati, ecc. Inoltre le visitatrici scolastiche integrano l'opera del medico scolastico, non solo eseguendo quei piccoli interventi curativi che possono esser fatti alla scuola o a domicilio, ma esercitando un'azione lenta e continua di propaganda familiare, che estende alla popolazione adulta il benefico influsso della scuola nella formazione della coscienza igienica nazionale.

Ma queste provvidenze non debbono costituire un privilegio dei grandi Comuni, che dispongono di molteplici servizi ed istituzioni ben attrezzati. Fortunatamente vari enti profilattici e assistenziali, quali l'Opera Maternità ed Infanzia, i Consorzi Antitubercolari, le Colonie marine, montane, fluviali o campestri, l'Opera Nazionale Balilla, gli ambulatori specializzati, vanno gradatamente estendendo la propria sfera di azione dai centri urbani a quelli rurali e permettono anche ai bambini delle campagne di usufruire della loro benefica attività. Inoltre le scolaresche poco numerose, l'intima conoscenza che l'ufficiale sanitario, che sia anche medico condotto, possiede dalle singole famiglie del Comune, l'opportunità di visitare di frequente le scuole durante i turni quotidiani di servizio, la stretta e cordiale collaborazione colle autorità scolastiche, sia nell'interesse della vigilanza scolastica vera e propria, sia a scopo di propaganda e di educazione igienica, sono tutti fattori che, nei piccoli centri rurali, agevolano il compito del medico nella scuola.

Senza disconoscere perciò le difficoltà di questa complessa opera di vigilanza igienica, non è errato affermare che l'ufficiale sanitario il quale la eserciti con competenza di studioso e con fede di apostolo, avrà la soddisfazione di raccoglierne i frutti nel sorriso della giovinezza sana e fiorente e nella coscienza di aver bene meritato della patria.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

L'azione del caffè sul sistema nervoso.

F. H. Lorentz (*Med. Welt*, 19 dic. 1931) ha fatto una serie di prove su alcuni individui d'ambo i sessi facendo bere nello spazio di tempo di 10 minuti un infuso di caffè preparato con 200 cmc. di acqua bollente versati su 30 grammi di polvere di caffè e lasciati per 10 minuti. Ha fatto tali prove su individui forti o modici bevitori di caffè e su altri non abituati a tale bevanda.

Da una prima serie di osservazioni riguardanti il tremore delle mani, l'inquietudine, il benessere ed il colorito del viso, risulta che nei bevitori di caffè, questo dà un senso di benessere, di tranquillità interna ed una maggiore freschezza di corpo; il polso si fa più lento e più pieno, il colorito del viso si arrossa o si fa più vivo. Nei non bevitori, si ha tremore delle mani, inquietudine, minor senso di benessere, colorito del viso talvolta normale, talvolta più pallido; in complesso, in tali individui, il caffè si comporta come un veleno. Nei bevitori modici, si hanno effetti intermedî.

In un'altra serie di osservazioni, l'A. ha fatto ricerche sul contegno del polso dopo un lavoro fisico (piegamenti sulle ginocchia) e misura della pressione. Negli individui non bevitori di caffè, si osserva un ritardo nel ritorno del polso alla normale ed un certo disordine nel battito cardiaco, che si manifesta anche se l'individuo rimane in quiete; un'azione quasi opposta si ha invece nei forti bevitori. Analogamente, nei non bevitori, aumenta nettamente la pressione sanguigna, mentre nei forti e modici bevitori, si osserva talora aumento, tal'altra diminuzione.

Il caffè, quindi, nei non bevitori, manifesta un'azione eccitante tossica al pari di altri veleni, come la morfina e la cocaina. L'A. ritiene che, alla lunga, l'intossicazione di masse di popolo col caffè debba provocare dei danni anche ereditarî. *fil.*

Consumo dello zucchero e diabete.

E. Leschke (*Med. Klin.*, 5, 1932) polemizzando con gli americani Emerson e Larimore, non crede che l'aumento del diabete in questi ultimi anni possa attribuirsi ad un aumento del consumo dello zucchero.

Infatti, in tutti i paesi civili, la mortalità per diabete è, dall'epoca della guerra, aumentata, indipendentemente dal consumo degli zuccheri, che si è mantenuto costante o, come negli Stati Uniti, è diminuito.

La diminuzione del diabete durante la guerra va connessa non con il minor consumo dello zucchero, ma con la limitazione totale dell'alimentazione.

Non è dunque nel fattore « consumo dello zucchero » che noi dobbiamo ricercare la causa dell'aumento, purtroppo sicuro, della frequenza, e della gravità del diabete: probabilmente va tenuto conto della dannosa influenza esercitata su questi organismi, spesso costituzionalmente tarati, dalla vita di oggi, con il suo carico di affanni e di preoccupazioni.

V. SERRA.

Quanto costa la salute negli Stati Uniti.

Si calcola che negli Stati Uniti si spendano 3 miliardi di dollari l'anno per la salute, ossia 1/33 del reddito nazionale. Di quella somma 1 miliardo va ai medici; 700 milioni per medicine; 550 milioni per gli ospedali; 400 milioni ai dentisti; 123 milioni ad ausiliari. (Dal « Bol. de la Ofic. Sanit. Panam. », febbraio 1932).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). — Osped. civ. dipendente dalla Congreg. carità. Dirett. chir. e medico aiuto chirur. Rispettivamente L. 14.000 e L. 8000 (con rid. 12 %). Percentuali per interventi operativi abbienti. Età massima rispettiv. 35 e 40, salvo ecc. leg. Requisiti: per il Dir. certificato di specializzazione da una clin. chir. o di eff. serv. come aiuto chir. in ospedal. di almeno 100 letti. Tassa L. 50,10. Scad. 10 ott.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Si rende noto che, giusta deliberazione N. 466 del 13 luglio 1932, il termine utile per la presentazione dei documenti per l'ammissione al concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi è prorogato fino alle ore 18 del giorno 16 ottobre 1932. Restano invariate tutte le altre norme e condizioni stabilite nel bando di concorso dell'11 aprile 1932.

CASAL MONFERRATO (*Alessandria*). — Osped. Santo Spirito. Primario sez. medica. L. 4200 (con rid. del 12 %), oltre il 45 % proventi cure ed esami. Età massima 40 anni (45 per combattenti), nessun limite per chi è già in serv. presso Enti pubbl. Minimo di esercizio prof. anni 8. Scad. 30 sett.

CASTELLO D'ALIFE. — Condotta per il Consorzio Castello e San Gregorio d'Alife. Stipendio L. 8000, con 5 aumenti quadrienn. del decimo oltre l'indennità cavalcatura in L. 2400, il tutto al lordo del 12 %. Residenza obbligatoria in Castello d'Alife. Scadenza 30 settembre.

CASTEL SANT'ELIA (*Viterbo*). — Stipendio lire 10.500 soggetto a cinque aumenti quadr. del decimo. Assegno L. 4 per ogni povero oltre i primi 1000, di L. 400 quale Uff. Sanit., se incaricato di tali funzioni e di L. 1000 per gestione armadio farmaceutico e del servizio di ambulatorio se conferiti. Riduzione 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 25 ottobre.

CESANA TORINESE (*Torino*). — Condotta consorziale Cesana Tor.-Clavières. Stipendio L. 10,000. Indennità di cavalcatura L. 1800; di alloggio lire 100; assegno quale Uff. Sanitario L. 500. Il tutto soggetto a riduzione del 12 %. Aumenti periodici graduali fino ad un massimo di L. 5000, dopo venti anni di servizio. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Residenza obbligatoria in Cesana Tor. Scadenza 15 ottobre.

ENNA. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare-Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 18.000. Indennità di servizio attivo L. 4000 salvo riduzione 12 % art. 3 R. D. 20-11-1930, N. 1491. Età dai 21 ai 45 anni. Nessun limite d'età è prescritto per coloro che occupano od hanno occupato durante l'ultimo quinquennio un posto di titolare con regolare nomina, presso un altro Consorzio Provinciale Antitubercolare o presso servizi Antitubercolari di Istituzioni Statali o Parastatali. Per gli ex-combattenti saranno osservate le vigenti disposizioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio professionale (in originale o in copia notarile) conseguito da almeno due anni alla data di apertura del presente concorso. Scadenza 20 ottobre 1932.

FIRENZE. *Ospedale San Giovanni di Dio.* — Posto di aiuto chirurgo. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 5200 al lordo delle ritenute di legge. Indennità caro-viveri come all'altro personale; compartecipazione, in ragione del 10 %, agli onorari tasse operazioni corrisposte dai degenti in camere separate. Domanda in carta bollata, tassa di L. 50, e documenti, debbono pervenire alla Segreteria del sumenzionato Ospedale, via Borgognissanti 16, non oltre le ore sedici del 15 ottobre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla predetta Segreteria.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Stipendio 5500. Limite di età 39 anni. Scadenza 24 ottobre.

MALAGNINO e BONEMERSE (*Cremona*). — Consorzio con residenza in Malagnino. Ind. res. L. 11.500. L. 2,50 per ogni povero dai 1000 ai 2000; L. 3 oltre i 3000. U. S. 1500. Trasp. (cav. o auto) 4000; ind. amb. L. 300; c.-v. di legge. Il tutto al lordo di R. M., 12 %. Cassa pensioni. Aumenti dell'ind. resid. Num. poveri circa 1200. Età non superiore ai 40 salvo ecc. leg. e chi presta serv. in altre condotte. Serv. di pratica osp. o condotta per almeno 2 anni. Iscrizione Albo. Tassa 50,10. Documenti temporanei non anteriori a 3 mesi dal 20 luglio. Domanda al Pod. di Malagnino. Scad. 20 sett.

MARENTINO (*Torino*). — Stipendio 7000. Ufficiale Sanitario 500. Limite di età 35 anni. Scadenza 30 settembre.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Chir., medico primario e direttore osp. civ. per la condotta primaria. Requisiti; almeno 2 anni di osped. importanti o clin. chir.; buona pratica del serv. di condotta, attitudine tecnica. Stip. L. 7040, con 5 quinquenni del decimo; serv. att. L. 528; U. S. L. 500; c.-v. se ammogliato. Trasporto: L. 500 (bic.), L. 2000 (motociclo), L. 4000 (auto). Scad. 15 sett.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo del Riparto malati di petto. Stip. L. 5500, lorde (R. M. e 12 %), con due bienni del decimo. Stanza in Ospedale con obbligo di pernottarvi. Eventualmente, a turno, servizio di accettazione e pronto soccorso (L. 30 per 24 ore). Nomina per un biennio salvo conferma come aiuto per 4 anni. Età massima anni 30 al 15 agosto; documenti temporanei non anteriori a 3 mesi dalla stessa data. Certif. sana costituzione. Vaglia di L. 50,10 intestato alla Tesoreria Spedale Civile di Padova. Si terrà considerazione dell'appartenenza al P. N. F. e dello stato di famiglia. Scadenza ore 18 del 15 settembre.

ID. — Assistente effettivo di medicina. L. 5000 lorde (R. M. e 12 %). Condizioni come sopra. Scad. ore 17 del 15 sett.

RIVOLTA D'ADDA (Cremona). — Stipendio 11.000; indennità trasporto 4000; limite di età 35 anni. Scadenza 10 ottobre.

ROMA. *Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.* — L'opera Nazionale per la protezione della maternità e infanzia ha indetto i concorsi per titoli per un posto di Capo della Divisione « Assistenza mo-

rale » e di un altro per Capo della Divisione « Assistenza igienico-sanitaria », nonchè per due posti di Capo Sezione, uno amministrativo e l'altro sanitario.

Le domande, corredate dei documenti prescritti, devono essere presentate, non oltre il 30 settembre p. v., alla sede centrale dell'Opera maternità e infanzia, in Roma, dove gli aspiranti potranno rivolgersi, per informazioni.

San Miniato (*Firenze*). — Stipendio 9500; limite di età 35 anni. Scadenza 15 ottobre.

Saronno (*Varese*). — Ufficiale sanitario. Per titoli e per esami. Stipendio iniziale L. 9000, al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensione Sanitari e della ritenuta del 12 % e con diritto a 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità di trasporto L. 500, al lordo di R. M. e ritenuta 12 %. Divieto servizio presso altri Enti Morali e Pubblici. Permesso esercizio professione libera. Domanda e documenti entro il 30 settembre 1932 al Podestà di Saronno.

Sessa Aurunca (*Napoli*). *Congregazione di Carità.* — Posto di Direttore dell'Ospedale « S. Rocco ». Stipendio 10.200, ritenuta della R. M. e Cassa di R. Partecipazione sui proventi di atti operatori su quelli paganti in proprio. Oltre ai documenti di rito, inscrizione al P. N. F., almeno tre anni di lodevole servizio effettivo chirurgo o aiuto chirurgo presso importante ospedale od un anno di direttore fatta eccezione di sanitari al servizio di pubblica amministrazione; età 55 anni. Stabile dimora in Sessa. Vaglia di L. 50. Scadenza 16 ottobre.

Id. cond. medico-chirurgica. Stipendio L. 10.000; ritenuta per legge; età 45 anni; documenti come sopra; minimo tre anni laurea.

Torino. *Ospedale Maria Vittoria.* — Assistente esterno Sezione Ostetrica. Programma e Statuto presso la Segreteria dell'Ospedale. Scad. ore 17 del 24 ottobre.

Trapani. — Condotta per la Sezione rurale Rilievo. Stipendio annuo lordo L. 8500. Indennità mezzi di trasporto L. 2500; armadio farmaceutico L. 1200. Stipendio e indennità soggetti alla riduzione del 12 %. Tre aumenti quadriennali e tre quinquennali di L. 750. Scadenza 20 ottobre.

Verona. — Condotta del VII Circondario misto (S. Zeno-Borgo Milano). L. 9000 con 4 quinquenni fino a L. 11.750, s. a. L. 1700; c.-v. di legge; trasporto (L. 3000 per auto o cav., L. 1000 per bic.) il tutto al lordo di R. M. e 12 %. Età massima 35 salvo eccez. Stato di famiglia; certif. buona costituz. rilasciato dall'U. S. di residenza. Serv. di almeno 3 anni in ospedale importante o di condotta. Riconoscimento serv. in condotta fino ad un quinquennio. Assunz. serv. entro 30 giorni. Scad. ore 16 del 15 sett.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medicheche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premio « Gustavo Gasperini ».

Concorso ad un premio biennale intitolato a « Gustavo Gasperini », da conferirsi al migliore lavoro originale pubblicato sopra argomenti di idrologia medica, a preferenza con indirizzo biologico e sperimentale. Ammonta a L. 2400. Possono concorrervi studiosi del Regno e delle Isole dell'Egeo.

Domande in carta bollata da L. 3 indirizzate, insieme col lavoro alla Segreteria dell'Università di Firenze (Piazza S. Marco 2) entro il 31 ottobre 1932.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Carlos Bonorino Udaondo è nominato presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina dell'Argentina.

Il dott. Adolfo Acevedo è nominato presidente dell'Associazione Odontologica Argentina.

L'Università di Vürzburg ha nominato dottore *honoris causa* in medicina il dott. Francis G. Benedict, direttore del Laboratorio per lo studio della nutrizione presso la « Carnegie Institution » di Boston.

Il prof. Emilio Abderhalden è stato nominato membro d'onore della Società medica tedesca di Praga e dell'Accademia di Barcelona.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi a Bologna e Ferrara.

Il III Congresso della Società Oto-Neuro-Oftalmologica ed il I Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica avranno luogo a Bologna e Ferrara dall'11 al 13 ottobre, sotto la presidenza del prof. Carlo Ceni.

Temi di relazione: 1) Neuriti retrobulbari di origine sinusale (Q. Di Marzio e G. Ferreri); 2) Lo stato attuale della chirurgia ipofisaria. Indicazioni, tecnica, risultati (C. Cavina).

Sono accettate comunicazioni di qualsiasi argomento, purchè riguardanti almeno due delle specialità. Inviare, entro il 25 settembre il titolo insieme con due riassunti, di cui uno breve (10 righe di dattiloscritto).

Quota di partecipazione L. 60.

Rivolgersi alla Segreteria del Congresso: Bologna, R. Clinica Oculistica (S. Orsola).

11° Congresso nord-americano di terapia fisica.

È indetto a New York dal 6 al 9 settembre; ospite d'onore sarà il dott. F. Howard Memphi di Londra.

Corsi di perfezionamento presso la facoltà medica di Vienna.

Nel 1932-1933, si terranno i corsi seguenti:

1) Pediatria moderna (*Moderne Kinderheilkunde*): dal 28 novembre al 10 dicembre 1932.

2) Malattie cardiache e polmonari: 13-26 febbraio 1933.

3) Laringo-, rino- ed otologia: 29 maggio-10 giugno 1933.

4) Questioni di attualità della medicina, specialmente dal punto di vista della terapia: 25 settembre-6 ottobre 1933.

5) Terapia moderna: 27 novembre-8 dicembre 1933.

In seguito al primo, si terranno altri corsi di gruppo (Gruppenkurs) sulla medicina generale, la pediatria generale, la ginecologia, la neuropatologia, la dermosifilopatia, ecc., per cui si pagano tasse speciali.

Tassa di partecipazione al primo corso scellini 50, da inviarsi al segretario dei corsi internazionali Dr. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien/IX, che dà anche diritto al visto gratuito per il passaporto ed alla riduzione del 50 % sul prezzo di viaggio sulle Ferrovie austriache. Vi sono anche facilitazioni per vitto, alloggio, teatri, ecc.

Il nuovo grande Policlinico di Bari.

Alla presenza del Duce è stata firmata la convenzione con la quale lo Stato, il Comune, la Provincia, la R. Università e l'Ospedale consorziale si riuniscono in consorzio per la costruzione del Policlinico. Al finanziamento dell'opera (lire 51.000.000 circa) contribuiscono lo Stato col terzo della spesa e col concorso del 2 per cento negli interessi del mutuo da contrarsi in parti eguali dal Comune e dalla Provincia per gli altri due terzi e l'Ospedale consorziale con la cessione del suolo edificatorio del Policlinico.

L'Amministrazione del Consorzio è affidata ai rappresentanti dello Stato, del Comune, della Provincia, della R. Università e dell'Ospedale consorziale.

Il Policlinico sorgerà nella località « Picone », ed ha la superficie di circa mq 250.000.

Lo Stabilimento comprende:

un edificio per l'Amministrazione e Direzione e per i servizi generali;

un padiglione per due distinti ambulatori di chirurgia e medicina, per il servizio di pronto soccorso e di smistamento degli ammalati e con l'astanteria con 20 letti;

un edificio per la medicina (180 letti);

un edificio analogo al precedente per la clinica chirurgica (210 letti);

un edificio per la chiesa e per l'Istituto radiologico centrale con vari impianti per cure fisiche;

un padiglione per la clinica oculistica (100 letti);

un edificio per la clinica dermosifilopatica (100 letti);

un edificio per la clinica ortopedico-traumatologica (40 letti), con la scuola di avviamento professionale per gli storpi e mutilati;

un edificio per la clinica pediatrica (90 letti);

un edificio per la clinica ostetrico-ginecologica (100 letti);

un padiglione per la clinica neuropatologica (50 letti);

un padiglione per astanteria alla clinica su detta;

un edificio a due piani, per i tre istituti di anatomia generale, anatomia patologica e medicina legale;

un padiglione per reparto mortuario;

un fabbricato per lebbrosario (60 letti);

un edificio per il brefotrofio, alla cui costruzione si provvederà dopo la riforma su gli Istituti per la maternità ed infanzia.

La costruzione sarà eseguita gradatamente in lotti. Il primo lotto, dell'importo di 20 milioni di lire, avrà inizio nella stagione invernale e comprenderà l'edificio per i servizi generali, le cliniche medica e chirurgica e possibilmente anche la clinica neuropatologica e quella ortopedica.

Onoranze ad un medico.

A Roccabianca (Parma) sono state tributate fervide onoranze al dott. cav. Achille Tommasinelli, che per oltre 45 anni fu medico condotto, ufficiale sanitario e direttore di Ospedale in quel Comune. Gli venne offerta una medaglia d'oro accompagnata da un'artistica pergamena.

Un banchetto di oltre 100 coperti riunì in casa del medico onorato amici ed estimatori, mentre un altro banchetto di 50 coperti venne offerto ai poveri del Comune.

Nell'occasione, la famiglia del dott. Tommasinelli elargì la somma di L. 5000 al locale Ospedale Civile.

Gli ospedali degli Stati Uniti.

Dal « Journ. A. M. A. » (11 giu. 1932) si rileva che negli Stati Uniti gli ospedali sono aumentati da 178 nel 1870 a 6613 nel 1931; i letti da 35.604 a 974.117, di cui circa 100.000 negli ultimi 5 anni; che nel 1931 agli ospedali furono addetti 116.303 medici; che in essi furono ricoverate 7.155.976 persone; che vi nacquero 708.889 bambini (le maternità contano 8078 letti e 5032 cune, ma negli ospedali generali sono dei reparti di maternità, con 45.434 cune).

Nuova clinica neuro-psichiatrica a Münster.

È stata recentemente inaugurata la nuova clinica psichiatrica-neurologica dell'Università di Münster (Westfalia), la quale è costata circa 10 milioni di lire it. per l'edifizio e per l'attrezzamento ed è probabilmente senza rivali in tutta la Germania. È divisa in due sezioni, di neurologia e di psichiatria, strettamente collegate. Comprende laboratori di roentgenologia, di fisica, di sierologia e chimica, di istologia, di psicologia, di ricerche genealogiche, una sezione di neuro-chirurgia, vasti impianti idroterapici e di ginnastica medica.

Progetto di Codice Sanitario nel Guatemala.

La Segreteria (Ministero) dell'Interno e della Giustizia della Repubblica di Guatemala ha presentato all'esame dell'assemblea Nazionale Legislativa il progetto di un nuovo Codice Sanitario per la Repubblica.

Sull'esercizio della medicina nel Giappone.

La disoccupazione dei medici non era mai esistita al Giappone (mentre per altri professionisti si aveva pletora). La maggior parte dei medici neodiplomati restava nelle università per alcuni anni, allo scopo di conseguire il titolo di dottore, non necessario per esercitare la medicina, ma che conferiva molto prestigio e quindi comportava compensi molto più elevati. La professione medica era tra le più redditizie. Ora, però, comincia a notarsi disoccupazione di medici, imputabile alla crisi generale; si nota anche la tendenza ad esercitare la professione appena laureati, il che determina un abbassamento di onorari e aggrava la disoccupazione. L'età d'oro della medicina nel Giappone sembra finita.

Nel 1931 i diplomati (dalle università governative e private) furono 1496, il che segna un aumento di 213 rispetto al 1930; ma la gravità della situazione nel campo medico, ora delineatasi, ha portato ad una brusca riduzione delle iscrizioni, che nel 1932 sono del 30 % in meno rispetto al 1391.

Avvelenamenti da arsenico contenuto nel vino.

Tempo fa, i giornali hanno dato notizia di una intera ciurma di 300 individui (marinai ed ufficiali) di una nave francese, intossicata da arsenico per aver consumato il vino fornito sulla nave (in quantità di 1 litro a testa al giorno). Vi furono 2 morti. Un altro avvelenamento collettivo si ebbe in una nave commerciale con 32 casi; anche in questi, sintomi tipici gastro-intestinali, dermatite essudativa, susseguente melanodermia ed ipercheratosi, ecc. All'analisi il vino, di provenienza spagnuola, risultò contenere, oltre ad anidride solforosa, dell'arsenico, in quantità da 3 a 13 mgr. per litro, con probabilità proveniente dai trattamenti antiparassitari delle viti.

Altri casi del genere si sono avuti a Tolone (500 malati con 15 morti) nel 1888 ed a Liverpool, con la birra, nel 1901: 6000 malati con 70 morti.

L'assicurazione-malattie per le classi medie in Inghilterra.

L'assicurazione-malattie, che in Inghilterra comprende soltanto i salariati, tende ora ad estendersi anche alle classi medie. Già nel 1921, a Brighton, era stato fatto un tentativo del genere per la contea di Sussex. Ora, la « British Provident Association for Hospital and Additional Service » ha elaborato un progetto per tutto il paese con cui si accordano sussidi di malattia per il ricovero in ospedale con interventi chirurgici, nella misura di 100 scellini la settimana per almeno 3 settimane, contro un pagamento annuale di 21 a 42 scellini secondo che si tratta di scapoli o di famiglie con figli. Altre facilitazioni vengono accordate per la radioterapia, l'assistenza infermiera, ecc.

L'aumento dei suicidi in Germania.

Nel 1930, si sono suicidate in Germania 17.880 persone, contro 16.665, 16.036, 15.974 e 16.480 nei quattro precedenti anni. Rapportati a 10.000 abitanti, si sono avuti 2,8 suicidi contro 2,6 e 2,5 negli anni precedenti. L'aumento maggiore si è avuto per le donne dai 15 ai 29 anni e dai 60 ai 69 anni per cui esso è stato del 7 %. La maggiore tendenza al suicidio nelle età più avanzate si spiega con lo spostamento delle proporzioni fra i diversi gruppi di età, per cui si ha un maggior numero di persone anziane. L'aumento generale nella cifra dei suicidi viene spiegato con le cattive condizioni economiche che colpiscono grosse masse di popolazione a causa della disoccupazione. Per il primo quadrimestre del 1931, si ha però un lieve miglioramento.

Le condizioni sanitarie del Marocco.

Dal direttore dell'Istituto Pasteur del Marocco — Remlinger — tale paese era stato indicato come « infettatore », nel senso che per le cattive condizioni sanitarie, per la insufficiente vaccinazione antivaiolosa e così via, parecchie infezioni venivano importate in Francia. La questione ha avuta un'eco all'Accademia di Medicina di Parigi, dove il dott. Colombani, direttore della Sanità Pubblica del Marocco, ha dimostrato che, se tale paese ha una sua propria patologia, ciò non significa che esso possa agire da diffusore di germi in altre contrade. Il vaiuolo vi è meno frequente che in Inghilterra od agli Stati Uniti e la vaccinazione vi è largamente applicata: quasi un milione di vaccinati nei primi due mesi del 1932. La tifoide vi è meno frequente che a Parigi. Quanto alla malaria ed alla dissenteria, è bensì vero che esse sono endemiche al Marocco, ma non hanno nessuna tendenza diffusiva. Le rigorose misure sanitarie che si prendono sono tali da dare una sicurezza e da riscuotere la piena fiducia.

Una nuova tassa sui medici in Argentina.

Oltre alla tassa di esercizio, ed a quella annuale di circa 1000 lire (100 pesos) per la licenza di esercizio, è ora stata imposta ai medici una nuova tassa. L'ammontare di questa è basata sul reddito mensile del medico, che viene calcolato essere 3 volte l'affitto della casa in cui egli abita. Come è naturale, tale tassa ha provocato un malcontento generale.

Divieto di vendita di medicinali per le strade di New York.

Un'aggiunta al Codice sanitario di New York, recentemente approvata dall'ufficio d'igiene, andata in vigore col 1° luglio, vieta ai ciarlatani di smerciare le loro specialità curative e dare informazioni erronee concernenti la salute, per le strade della città.

Consentimento implicito di cura.

In una città degli Stati Uniti un sofferente di sordastreria unilaterale si era fatto curare da un otologo, avvertendo che intendeva solo di far accertare l'eventuale esistenza di un tampone di cerume e, se presente, farlo rimuovere. Il medico procedette anche ad altri esami ed altre cure, fra cui un sondaggio della tuba d'Eustachio. La sordastreria si trasformò in sordità; onde una causa giudiziaria contro il medico, per avere ecceduto. Il Tribunale dette ragione al cliente; ma in 2ª istanza la Corte Suprema dell'Utah ha capovolto il giudizio, perchè gl'interventi eseguiti dal medico comportavano il consenso implicito del cliente; ha stabilito il processo venga riaperto.

Natalità e mortalità in Germania.

Malgrado la rapida discesa della natalità negli anni antecedenti, si è avuto in Germania nel 1931 una nuova diminuzione di nati vivi, che sono stati 96.000 in meno del 1930. Per ogni 1000 donne in età adatta, vi erano, nel 1913, 116,5 nati vivi; nel 1930, 67,2 e nel 1931, 61,8; una riduzione, quindi, del 53 % sui valori di anteguerra.

E la diminuzione, per il primo quadrimestre del 1932 continua. A contrasto degli anni precedenti, la diminuzione è più notevole nei comuni con meno di 15.000 abitanti.

La mortalità, invece, risulta aumentata di 15.000 nel 1931, nonostante che, per la riduzione delle nascite, fosse da aspettarsi una diminuzione di 8650 morti. Le cause principali di morte sono dovute all'influenza ed a malattie degli organi re-

spiratori e circolatori; vi è invece una diminuzione di morti per malattie infettive; la mortalità infantile è diminuita di 0,1 in confronto del 1930.

La condanna di un falso medico.

Il Tribunale di Milano ha giudicato il noto Camillo Lanzillotta che in occasione della chiamata sotto le armi, presentando un diploma falso di ragioniere, riuscì a diventare sottotenente nel Genio; congedatosi poi, presentando un altro diploma falso di laurea in medicina e chirurgia, si fece assegnare al Corpo Sanitario Militare, con grado di sottotenente e, come tale, rimase un paio di anni, dapprima all'Ospedale di Livorno e poi in diversi campi di aviazione. A quanto si racconta, avrebbe compiuto circa 350 operazioni chirurgiche. Tornato borghese, non esplicò più alcuna attività medica, ma soltanto quella di truffatore.

La sentenza, ammettendo un vizio parziale di mente, lo condanna ad un anno e 2 mesi di reclusione.

È morto il prof. ARTHUR SCHLOSSMANN, direttore della clinica pediatrica dell'Accademia Medica di Düsseldorf; contava 65 anni. Fu l'instauratore dell'insegnamento clinico di pediatria in Germania: a lui si deve la fondazione del primo « Kinderheilanstalt », nell'Università di Dresda. Ha organizzato la cura dei bambini storpi in Germania. Ha promosso l'educazione fisica.

Malgrado il suo spirito critico e combattivo, contava moltissimi amici, conquistati dal suo ottimismo, dal suo entusiasmo per la ricerca e dalla sua fede animatrice.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 5 Settembre 1932 - X — Num. 36

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Generale della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. G. VERNONI.

Ricerche sulla cosidetta "febbre esantematica mediterranea,,.

Nota preventiva.

Prof. UGO REITANO e dott. UMBERTO BONCINELLI (assistenti).

Gli studii clinici ed epidemiologici compiuti in questi ultimi anni con crescente fervore su di un particolare gruppo di febbri a tipo esantematico, hanno suscitato tutta una serie di ricerche di ipotesi e di deduzioni che, peraltro, oggi possono sembrare premature. Partendo dal presupposto che queste varie forme si debbano ricondurre ad una unica entità morbosa, varii Autori hanno già elaborato delle classificazioni le quali risentendo, come è naturale, della diversa concezione di ciascuno di essi, non possono essere completamente accettabili. In realtà molti punti oscuri ancora sussistono, molte prove sperimentali sono da compiere, altre da controllare e da ampliare.

È noto che accanto al tifo petecchiale da lungo tempo conosciuto e i cui aspetti clinici ed epidemiologici rappresentano ormai fatti ben acquisiti e da tutti accettati, esistono in diverse regioni del mondo allo stato endemico delle forme infettive caratterizzate da febbre ed esantema le quali, sotto alcuni aspetti, dimostrano una certa parentela col tifo genuino. Il morbo di Brill, la febbre purpurea delle Montagne Rocciose, il tifo messicano, le varie forme dermotifose descritte dai tropicalisti nei paesi caldi, la febbre fluviale del Giappone, la febbre esantematica descritta in diverse località del bacino mediterraneo, rappresentano un gruppo di malattie che vanno studiate comparativamente e in maniera sistematica, non solo dal punto di vista clinico, ma soprattutto

dando una larga base sperimentale alle ricerche biologiche ed epidemiologiche.

Vi sono degli AA. che, partendo da criterii puramente clinici, ne fanno tante entità nosografiche differenti, altri creano particolari gruppi in base a criterii sierologici, altri ancora stabiliscono un nesso etiologico rappresentato dalla Rickettsiae, sulla natura delle quali e sulla eventuale loro diversità di specie le nostre cognizioni non sono bene assodate. Taluni poi danno grande importanza a delle differenze di natura epidemiologica, dimenticando che i criteri epidemiologici non possono considerarsi statici ma che subiscono l'influenza di fattori svariatissimi in buona parte a noi sconosciuti. Si sono andate così delineando due cognizioni: quella dei pluralisti, seguita dalla maggior parte degli studiosi di questo argomento, e quella degli unicisti. Non è da pensare che siano discussioni oziose: dal contrasto di opinioni di risultati di tendenze potrà delinearsi l'esatta interpretazione del problema che ha senza dubbio importanza notevolissima dal punto di vista epidemiologico e profilattico.

Anche limitandoci alla malattia descritta da poco più di un ventennio nel bacino del Mediterraneo si nota subito, con la diversità delle denominazioni, la diversa tendenza degli Osservatori: « eritema essudativo grave » del Bignami « febbre a bottoni » di Conor e Bruch, « febbre eruttiva » di Carducci, « dermotifo estivo benigno non diffusibile » di Pecori. Si tratta di un'identica entità morbosa con piccole differenze sintomatologiche che quel quadro morboso abbraccia e il cui virus è unico? Quanti sono i parassiti vettori di esso virus e quali i serbatoi naturali? In che misura possono contribuire le condizioni di terreno di ambiente di clima a produrre eventuali modificazioni del virus?

Confrontando le osservazioni di quanti si sono occupati di questa malattia sembra che i casi descritti a Tunisi, in Italia, in Francia, in Ispagna, in Rumenia ecc. e quelli sperimentalmente ottenuti nell'uomo si possano ricondurre ad un unico quadro nosologico i cui sintomi più importanti sono l'esantema e la febbre.

Questa inizia in genere bruscamente, talora preceduta da lievi prodromi, raggiunge i 39°,5-40° e mantiene in seguito un andamento continuo remittente. È accompagnata nella grande maggioranza dei casi da artralgie e mialgie; non è raro il vomito e la diarrea e può aversi la tonsillite. L'esantema compare nei primi quattro o cinque giorni dall'inizio della malattia ed è costituito da piccole papule rotonde, da macule e da elementi misti maculo-papulosi, con prevalenza degli uni o degli altri a seconda dei casi; ha colorito roseo più o meno acceso e può essere sede di emorragie capillari; si diffonde a buona parte della superficie corporea con predilezione agli arti, lato estensorio. Rare le manifestazioni a carico degli organi interni come pure non frequenti i sintomi nervosi (sopore o lieve delirio). Per quanto possa assumere una certa gravità la malattia ha esito quasi sempre favorevole: dopo una quindicina di giorni la febbre cade per crisi e inizia la convalescenza caratterizzata da una profonda astenia.

Ma non è nostro compito di occuparci degli aspetti clinici dell'infezione fissati del resto già fin dal '920, e in modo esauriente, dal Carducci che ne ha fatta una entità morbosa a sè con peculiarità cliniche proprie, e in seguito da numerosi altri AA. Ci sembra lecito affermare che l'unica differenza sensibile nei casi offerti dalla letteratura, si riferisce all'indagine sierologica, cioè alla positività o meno della R. di Weil-Felix. Ma anche a questo riguardo non è lecito formulare giudizi troppo espliciti: la qualità dei ceppi adoperati, e l'epoca in cui il sangue è prelevato sono elementi che potrebbero spiegare come alcuni Autori abbiano avuto reazioni positive in un gran numero di casi (Olmer, Pecori, Marcandier e Bideau, P. Durand, ecc.) mentre altri affermano che la R. W. F. sia costantemente negativa.

Mancano tuttavia ancora ampie ricerche sperimentali che stabiliscano in maniera sicura se i varii virus siano identici tra loro. Ad esempio prove certe che il virus di Marsiglia o del Portogallo o di Atene sia lo stesso di Roma o di Palermo o di Costanza, noi non ne abbiamo. Il fatto sicuramente assodato con inoppugnabili prove sperimentali è che le zecche (Rhipicephalus sanguineus) possono contenere il virus nel loro corpo e trasmettere la malattia all'uomo: vi sono osservazioni cliniche a questo riguardo che valgono quanto un esperimento. Ma v'ha di più: la malattia è stata riprodotta nell'uomo e nella scimmia mediante inoculazione del prodotto di triturazione delle zecche. Questi acari però non sono l'unico vettore del virus poichè, come è noto, nei casi di Tolone esse mancavano mentre fu sospettato un altro acaro, il Dermanyssus muris. Non è improbabile che studii ulteriori riescano a dimostrare che varii sono gli artropodi trasmettitori di questa infezione.

Poichè le zecche trasmettono il virus sarebbe lecito supporre che i vertebrati parassita-

ti da tali artropodi rappresentino il serbatoio naturale del virus stesso, analogamente a quanto si sa per altre malattie infettive. L'animale più sospettato a questo riguardo è il cane (Pecori, Olmer) ma non è da escludere che altri mammiferi domestici o selvatici possano serbare il virus nel loro corpo pur senza dar segno alcuno di malattia. Questa concezione appare logica e assai vicina a molti altri esempi che l'epidemiologia offre; tuttavia le prove decisive che potrebbero dimostrarla, sono ancora troppo scarse (P. Durand), anzi qualche A. (G. Blanc e Caminopetros) nega anche al cane ogni valore quale serbatoio di virus affermando che la zecca è per sè stessa vettore e serbatoio naturale dell'agente etiologico che può trasmettere alla prole. Prima di accettare queste affermazioni è necessario che le ricerche di Blanc e Caminopetros siano ripetute, confermate ed ampliate.

Circa la recettività dell'uomo e degli animali di laboratorio all'infezione è da pensare che non sia molto alta e talvolta anzi addirittura nulla, nonostante le fortunate esperienze di alcuni AA., poichè nelle medesime condizioni sperimentali, come noi stessi abbiamo potuto osservare, solo una bassa percentuale di individui si ammala mentre altri, almeno dal punto di vista clinico, non risentono affatto del virus loro inoculato. A volte poi i segni dell'avvenuta infezione sono così tenui che è necessaria una accuratissima e lunga osservazione per svelarli. E ciò potrebbe essere anche in dipendenza della diversità degli stipiti di virus o della sua attenuazione dovuta a elementi sconosciuti, tra cui forse quello stagionale avrebbe una notevole importanza.

Ma il problema più importante dal punto di vista epidemiologico è quello di stabilire se esiste un eventuale nesso tra tifo petecchiale, morbo di Brill e febbre esantematica. Da noi in Italia, le osservazioni cliniche del Carducci e dei suoi allievi tenderebbero ad escludere tale rapporto mentre gli studii più recenti del Pecori e del Sampietro fanno ammettere che la febbre eruttiva del Carducci, il tifo petecchiale e il morbo di Brill possano avere identità eziologica. Se si riuscisse a dimostrare che il virus di quelle infezioni è identico a quello del morbo di Brill il quale è riconosciuto, come si sa, di natura dermotifosa, si sarebbe fatto un progresso notevole nella conoscenza della epidemiologia del tifo petecchiale. Posto che la natura dell'agente infettivo sia la medesima e che la scarsa virulenza nei confronti del ceppo genuino sia dovuta soltanto alla diversità dei parassiti trasmettitori, resta sempre da conoscere se l'attenuazione ha raggiunto ormai tale stabilità che i numerosi passaggi da uomo a uomo, cambiando i vettori e offrendosi particolari condizioni di ambiente e di clima, non riescono più a ridare il primitivo potere patogeno. E pertanto non potrà apparire del tutto esagerata qualche preoccupazione degli igienisti a questo riguardo.

Le ricerche di cui riferiamo brevemente in questa nota, sono state mosse dal desiderio di potere eventualmente chiarire qualche punto oscuro dell'intricato problema, mediante indagini sperimentali che fin'ora in Italia non erano state compiute o soltanto eseguite in maniera frammentaria.

Il nostro studio dapprima si è rivolto al cane, allo scopo di precisare l'importanza di questo animale come ospite portatore del virus della febbre di Roma. in seguito abbiamo indagato gli effetti della inoculazione delle zecche, convenientemente triturate e diluite, agli animali di laboratorio e agli uomini.

Il primo punto ci parve potesse essere chiarito mediante due ordini di prove: un saggio sierologico, R. di Weil-Felix, esteso su larga scala e la ricerca diretta del virus nel sangue del cane, inoculando questo agli animali ritenuti sensibili e all'uomo medesimo.

Potemmo sperimentare, per la cortesia del Prof. Pecori, sui cani raccolti nel canile municipale di Roma che provengono dalla città e dal suburbio. Le prime prove invece, che datano dal marzo, furono fatte su altri cani, appartenenti alla Clinica Chirurgica e aventi uguale provenienza. Gli animali presi in esame sono stati in numero di 101. Il sangue necessario per le nostre indagini era prelevato da una vena dell'orecchio. Ci siamo serviti, per le prove sierologiche, di 4 differenti stipiti di Proteus X_{19} denominati: Pr. X_{19}, Pr. X_2, Pr. Berna e Pr. Siria, i primi tre provvedimenti dall'Ist. di Patologia Generale di Firenze, il quarto dall'Ist. d'Igiene di Roma. Tutti e quattro questi ceppi sono spiccatamente indoligeni ciliati e ben mobili. Nei primi 40 cani la diluizione fu spinta da 1:20 a 1:160, in seguito, in altri 28, è stata portata fino a 1:320 e nei rimanenti 33 fino a 1:640. Nella lettura dei risultati fatta dopo 2 h. di termostato a 37° C. e dopo circa 20 h. di permanenza a temperatura ambiente, si è tenuto conto soltanto delle agglutinazioni macroscopiche nette quantunque in un buon numero di casi noi abbiamo potuto osservare agglutinazioni microscopiche anche a diluizioni elevate.

La reazione è stata completamente negativa in 52 cani. È riuscita positiva:

al titolo	di	1:20	in	13
»	»	»	1:40	»	9
»	»	»	1:80	»	8
»	»	»	1:160	»	12
»	»	»	1:320	»	6
»	»	»	1:640	»	1

Nei riguardi degli stipiti di Proteus X_{19} è da osservare che non tutti e quattro si sono dimostrati agglutinabili con un medesimo siero; in genere i più agglutinabili si sono dimostrati i Pr. Berna e Siria.

Pecori, nel suo lavoro (*Ann. Ig.*, 1929, n. 1) dice che la R. W.-F. ricercata nel sangue di molti cani che appartenevano ai malati ed erano portatori di zecche, riuscì negativa. Questa apparente disparità di risultati si potrebbe spiegare col fatto che forse le ricerche non furono molto estese nè compiute in maniera sistematica come nel caso nostro. Le nostre prove sierologiche furono iniziate a metà di marzo, quando ancora i cani erano poco o punto parassitati da zecche, son continuate in aprile, maggio e giugno, mese questo in cui tutti i cani randagi sono portatori di numerosissime zecche, e proseguiranno fino a tutto agosto, aggiungendo per le agglutinazioni ai quattri stipiti di Proteo un altro ceppo, il K. Questo, ricevuto pure dall'Ist. di Patologia Generale di Firenze, dapprima era stato scartato perchè anindoligeno; in seguito potemmo osservare che era assai bene agglutinabile con siero di individui ammalati di febbre eruttiva, lo abbiamo quindi rimesso in esperienza anche per le sieroreazioni nei cani, ma su ciò sarà riferito in altra occasione.

Taluni ritengono positive nell'uomo soltanto le agglutinazioni ad un titolo superiore a 1:100: accettando questo limite anche per i cani, resta sempre il 19 % di risultati positivi. Se vogliamo ora dare alla R. W.-F. il valore di rivelatrice di virus del gruppo dermotifoso, analogamente a quanto avviene nel tifo petecchiale, *è lecito ritenere che il cane contenga qualche volta il virus medesimo di cui testimonia la presenza mediante modificazioni di ordine sierologico.* Escludiamo nel nostro caso che si tratti di agglutinazioni aspecifiche non solo per il titolo cui esse si spingono ma anche per non averle trovate in un numero rilevante di casi. Tuttavia, poichè la R. W.-F. nella sua intima essenza resta sempre un mistero, non ci siamo contentati di trovarla positiva in una certa percentuale e siam passati a ricerche più decisive. Col sangue di cani (prelevato sterilmente e citratato) scelti fra quelli che ospitavano moltissime zecche e di cui taluni avevano fornito la R. W.-F. positiva, abbiamo inoculato dapprima animali di laboratorio e poi ripetuto le stesse esperienze sull'uomo. Riferiamo qui alcuni dei fatti più salienti:

Col sangue dei cani n. 99 e 100 si inoculano la cavia n. 11 sotto la cute dello scroto (c. c. 4) e la cavia n. 12 in peritoneo (c. c. 4).

La cavia n. 11 presenta in 5ª giornata una escara allo scroto, nel punto d'inoculazione; nessuna elevazione termica. In 10ª giornata muore e all'autopsia si osserva: abbondante liquido limpido nel cavo peritoneale (all'esame culturale sterile) sierosa iperemica lucente, iperemia passiva del peduncolo vascolare e della vaginale corrispondente al testicolo inoculato; masse cerebrali nettamente congeste. Col cervello di questa cavia e con quello di altra in esperimento, si prepara sterilmente una poltiglia che viene inoculata alle cavie n. 18 e n. 19, rispettivamente in peritoneo e sottocute (c.c. 8) al ratto n. 10, in peritoneo, e al topolino n. 7. La cavia 18, che non presentò mai nulla di anormale è sacrificata in 19ª giornata: all'autopsia si riscontra anche in questo caso liquido limpido in discreta quantità nel cavo peritoneale e fenomeni infiammatorii di ambedue i testicoli che saranno in seguito studiati istologicamente. La cavia n. 19, inoculata sotto cute e uccisa pure in 19ª giornata presenta iperemia di ambedue i testicoli e masse cerebrali lievemente arrossate. Il ratto n. 10 si sacrifica contemporaneamente alle due cavie: si trova iperemia e fatti infiammatori in ambedue i testicoli. Nel topolino nulla di anormale.

Col sangue citratato di varii cani (che all'esame culturale era risultato sterile) si inoculano due paralitici progressivi, un demente precoce, e un parkinsoniano postencefalitico. Uno di essi in 6ª giornata ha un rialzo termico (39°) che peraltro nei giorni successivi scompare; nessuna traccia di esantema. La reazione di W.-F. in 14ª e in 18ª giornata riesce positiva in tutti fino a 1:1000 con lo stipite K e a un titolo più basso con lo stipite X_2 (1).

Questo per quanto si riferisce al sangue del cane, supposto serbatoio di virus. Successivamente abbiamo voluto constatare l'effetto della inoculazione di poltiglia di zecche, diluita in soluzione fisiologica, sugli animali e sull'uomo.

---

(1) La R. W. F. non fu praticata prima dell'inoculazione perchè dapprima eravamo orientati verso la provocazione del quadro morboso tipico senza porre mente alla possibilità di ottenere prove serologiche positive, in assenza di sintomi clinici.

Delle numerose cavie inoculate per diversa via soltanto alcune hanno dimostrato di reagire alla inoculazione. Noi ci limitiamo anche in questo caso a riportare i fatti più salienti, quelli che una prima serie di esperienze, eseguite su una trentina di animali, ci consente di affermare in modo sicuro. Esse saranno in seguito ripetute e ampliate anche allo scopo di chiarire alcuni punti su cui non facciamo parola non essendo sicuramente stabiliti.

Una cavia inoculata in peritoneo con una poltiglia di varie zecche (c.c. 5) morì in 10ª giornata e all'autopsia si potè rilevare una iperemia cerebrale notevole. Una poltiglia di cervello di questo animale venne inoculata ad altre due cavie e ad un ratto. I fatti salienti osservati all'autopsia di questi animali uccisi in 19ª giornata furono: iperemia cerebrale in una cavia, presenza di liquido limpido nel cavo peritoneale dell'altra cavia, iperemia passiva testicolare in tutti e tre gli animali. Col cervello di questi si inoculano altre due cavie, una delle quali morì in 7ª giornata presentando all'autopsia una iperemia spiccata delle masse cerebrali. Altri passaggi in serie sono ancora in corso. Così pure il risultato degli esami istologici tuttora in studio sarà riferito in appresso.

In genere le cavie non reagiscono con elevazioni termiche sensibili alla inoculazione di poltiglia di zecche; soltanto in alcuni casi si è avuto qualche rialzo febbrile lieve e saltuario e in un caso una febbricola incominciata all'8° giorno, persistente per una diecina di giorni.

Tre malati mentali vennero inoculati per via endomuscolare ciascuno con 10 c. c. di poltiglia di zecche (2) prelevate da cani del suburbio di Roma e di Fiumicino, località in cui si erano verificati due casi di febbre esantematica.

Uno di essi (demente precoce) dopo un periodo d'incubazione di 13 giorni, si ammala in modo tipico di febbre eruttiva. Un altro (paralitico progressivo) trattato col prodotto di triturazione delle zecche di Fiumicino, ha presentato una forma febbrile meno tipica ed un esantema papuloso.

Dei passaggi in serie da uomo a uomo sarà riferito in appresso, e così pure degli effetti della inoculazione di poltiglia di cervello e di sangue di cavia all'uomo (3).

I fatti constatati in questa prima serie di esperienze non ci permettono ancora di giungere a conclusioni decisive in tutti i punti. Tuttavia ci sembra lecito trarre alcune considerazioni di cui l'ulteriore sviluppo delle ricerche in corso potrà stabilire la sicura base:

1) Non soltanto non è da escludere che i cani rappresentino effettivamente uno dei serbatoi naturali di virus della febbre esantematica, ma sembra assai probabile che essi siano suscettibili di infezioni latenti.

2) A differenza di quanto sostengono la più gran parte degli AA. che han compiuto ricerche sperimentali su questa malattia, i piccoli animali di laboratorio non sono del tutto insensibili al virus: le alterazioni trovate nelle cavie sono assai suggestive.

3) Le zecche dei cani (Rhipicephalus sanguineus) di Roma e dei dintorni possono contenere nel loro corpo il virus tuttora sconosciuto. La provocazione della malattia all'uomo in forma tipica ne è sicura conferma.

4) In individui inoculati con sangue di cani o col prodotto di triturazione delle zecche, anche in assenza del tipico quadro morboso, è possibile osservare una R. W.-F positiva a un titolo piuttosto elevato, adoperando ceppi adatti, di Proteus X_{19} (infezione larvata).

RIASSUNTO.

Le ricerche sperimentali istituite da R. e B. sulla febbre esantematica di Roma, hanno permesso di fare le seguenti constatazioni:

1) La R. W.-F eseguita sui cani del suburbio di Roma è positiva in una certa percentuale dei casi (19 %).

2) Col prodotto di triturazione delle zecche del cane si è riusciti a provocare nell'uomo la malattia tipica.

3) Lo stesso prodotto e il sangue del cane sono capaci di dare nell'uomo una malattia inapparente (che si manifesta solo colla positività della R. W.-F) e negli animali di laboratorio alterazioni varie, principalmente a carico del cervello e dei testicoli.

(Roma, 30 luglio 1932).

---

(2) Le zecche eran tenute dapprima in soluzione fenica al 5 % e quindi ripetutamente risciacquate in soluzione fisiologica sterile, allo scopo di ridurre al minimo il pericolo di infezioni secondarie. Infatti noi non abbiamo avuto a lamentare nessun incidente spiacevole nel corso di numerose inoculazioni.

(3) Siamo grati al prof. GIANNELLI, direttore del Manicomio Provinciale, che ci ha permesso di compiere queste ricerche sui malati mentali, e al dott. SALLUSTRI, assistente, che ci ha gentilmente coadiuvati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito in Sassia, Roma - Sala Lancisi.
Primario Prof. G. PILOTTI.

Sopra un caso di rottura di un aneurisma della arteria basilare

per il dott. MICHELE ANDREUCCI, assistente.

Durante il mio servizio di assistente medico nell'Ospedale di S. Spirito, è capitato alla mia osservazione un individuo il quale, entrato nel Reparto con i segni di una tabe dorsale, cadde poi improvvisamente in profondo coma, presentando alla puntura lombare il liquido cefalo-rachidiano intensamente emorragico. Sia per il quadro clinico che si presta a qualche considerazione importante, sia per il reperto di autopsia piuttosto raro, ritengo opportuno di esporne brevemente la storia clinica ed i risultati dell'esame anatomo-patologico.

P. V., uomo di anni 67, calzolaio, da Salisano (Prov. di Roma). Forte fumatore e bevitore. Indagando nell'anamnesi familiare, si trova che il padre morì al manicomio, per malattia che non si riesce a precisare. Egli s'infettò di lues in gioventù, e per tale malattia ha praticato irregolari cure mercuriali. La moglie ebbe una sola gravidanza, condotta regolarmente a termine. Molti anni fa, il P. contrasse malaria: ma tale affezione non è più recidivata. Da qualche anno ha scarsa tosse tutte le mattine, con modica espettorazione. Da 5-6 mesi si lamenta di dolori agli arti inferiori, che, cominciati leggeri, si sono andati sempre più accentuando, tanto da impedire al P. i liberi movimenti della deambulazione. Diminuzione progressiva della vista. Alvo stitico. Minzione normale. Per tali dolori chiede ricovero in Ospedale, ed entra il giorno 11 gennaio 1932 nella Sala Lancisi. L'esame obbiettivo al suo ingresso fece rilevare: Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione scadente. Sensorio integro. Decubito indifferente. Cute e mucose visibili ben sanguificate. Non edemi. Non eruzioni cutanee. Apparato linfoghiandolare: nulla di speciale. Lingua umida, detersa. Fauci normali. Polso ritmico, a frequenza normale, a pressione un poco aumentata. Respiro e temperatura normali.

Torace: Margini polmonari inferiori abbassati, poco mobili. Non si apprezzano modificazioni del suono plessico e del fremito vocale tattile. All'ascoltazione si ode su tutto l'ambito polmonare un respiro aspro, senza rumori aggiunti.

Cuore: Punta dietro la V costa, sulla mammillare. Margine sinistro un po' spostato verso l'esterno. Margine destro nei limiti fisiologici. Ottusità dei grossi vasi sopracardiaci nei limiti normali. Toni deboli.

Addome: trattabile, indolente. Organi ipocondriaci nei limiti fisiologici.

Sistema nervoso: Nulla di speciale si nota saggiando la motilità, sia nel territorio dei nervi cranici, sia in quello dei nervi spinali. All'esame della sensibilità si nota una zona di ipoalgesia cutanea che, cominciando da due dita al disotto della linea ombelicale trasversa, si estende sulla cute dei quadranti inferiori dell'addome, e sulla faccia anteriore degli arti inferiori, poco sulla faccia posteriore. Non si apprezzano disturbi della sensibilità tattile, termica e profonda e della batiestesia.

Le pupille sono di ampiezza media, eguali, a contorni regolari, ma rigide alla luce; reagiscono invece all'accomodazione.

I riflessi tendinei e periostei degli arti superiori ed inferiori sono presenti, tranne l'Achilleo che manca bilateralmente. (È da notare che il riflesso rotuleo si provoca soltanto se si ricorre ad un accorgimento, comunemente usato nel nostro reparto: il malato in posizione supina sul letto, si colloca un cuscino, piegato in due nel senso della lunghezza, sotto i ginocchi, in modo da ottenere il completo rilasciamento della muscolatura degli arti inferiori. In tal modo si mettono in evidenza anche dei riflessi molto deboli).

Modica atassia dinamica degli arti superiori, non degli arti inferiori.

Non Babinski, nè Oppenheim.

La deambulazione non appare atassica, ma è molto stentata per i dolori che il paziente accusa ai piedi. Romberg assente.

Non disturbi del linguaggio.

Non disturbi degli sfinteri.

L'esame delle urine, praticato all'ingresso nel reparto, dimostrò solo presenza di tracce di albumina, ma il sedimento centrifugato risultò del tutto negativo.

La R. W. praticata sul siero di sangue diede esito positivo incompleto (++). Il giorno 13 gennaio fu eseguita puntura lombare: con malato in posizione seduta, la pressione del *liquor* risultò di cmc. 30 di H_20 al manometro di *Claude*, e dopo estrazione di circa cmc. 20 di liquido cefalo-rachidiano, limpido, scese a 20. L'esame del *liquor* diede il seguente risultato: reticolo di Mya assente. Nonne positiva. Pandy positiva. Reazione di Takata-ara: flocculazione immediata. Reazione del benzoino: positività nella zona luetica. Reazione del mastice: 2.2.2.2.2. Sostanze riducenti: presenti in discreta quantità. Reazione Wassermann: 0,20 negativa, 0,30 + +, 0,50 + + +. Albumina: 0,25 %. Sedimento: numerosi linfociti, qualche polinucleato, poche cellule a tipo monocitico.

La diagnosi di *tabes dorsalis* formulata in base ai segni clinici, spiegando anche la diminuzione della vista con una neurite dei nervi ottici, fu confermata dal reperto del *liquor*, ed il giorno 16 gennaio furono iniettati nella vena del P. gr. 0,15 di Neo I.C.I., senza che egli ne risentisse alcun disturbo. Il P. si lamentava sempre di forti dolori alle gambe, specie durante la notte, e di insonnia, e ben poco sollievo ritraeva dalla somministrazione di polveri antinevralgiche.

La notte fra il 19 e il 20 gennaio, improvvisamente, il P. cadde in coma, senza presentare altri sintomi speciali; aveva respiro ampio e profondo, polso piccolo e frequente (120). La puntura lombare diede esito a *liquor* intensamente emorragico (quasi sangue puro) non xantocromico, sotto forte pressione. Il giorno 21 le condizioni permanevano invariate: stato di profondo sopore; non si riusciva a mettere in evidenza segni grossolani di *deficit* motori; sembrava solo di apprezzare una ptosi palpebrale destra ed una paresi del facciale inferiore di destra. Una volta vomito.

La temperatura, divenuta febbrile allo stabilirsi

del coma, raggiungeva anche i 40°. Il giorno 23 gennaio, il P., senza aver più riacquistato la coscienza, decedeva.

Per la sintomatologia improvvisamente subentrata alla primitiva, si aggiunse, alla diagnosi di tabe dorsale, l'altra di emorragia negli spazi sottoaracnoidali, pur non escludendo la possibilità della rottura di un aneurisma cerebrale con diffusione emorragica negli spazi sottoaracnoidei.

L'autopsia, eseguita il giorno 25 gennaio, fece rilevare:

Effusione emorragica sottodurale cranica, specie a destra, e spinale. Effusione subaracnoidale spinale e della base del cervello, con inondazione ventricolare, da rottura di un piccolo aneurisma (come un cece) dell'estremo frontale della basilare a destra. Grave aterosclerosi iperplastica, degenerativa e calcifica diffusa dell'aorta. Arteriosclerosi diffusa. Cuore (gr. 280) con chiazze tendinee dell'epicardio. Aderenze pleuriche fibrose discrete bilaterali apicali, con depressioni cicatriziali ed enfisema bolloso circostante. Enfisema polmonare. Broncopolmonite acuta a grossi nodi del lobo inferiore del polmone destro. Congestione e edema polmonare. Organi da stasi.

L'aneurisma e le porzioni circostanti delle arterie della base furono escissi, fissati in formolo ed alcool, inclusi in paraffina e colorati con ematossilina ed eosina. Mentre le porzioni circostanti delle arterie della base presentavano, nei preparati microscopici, evidenti alterazioni arteriosclerotiche, col caratteristico ispessimento semilunare dell'intima, l'arteria nella quale si era formato l'aneurisma presentava per un terzo la sua parete di aspetto normale, per gli altri due terzi la parete stessa appariva colpita da necrosi ialina, con graduale assottigliamento in corrispondenza dell'aneurisma, fino alla rottura di questo. Non si rilevavano le alterazioni specifiche dell'arterite luetica, ma solo due zone di ricca infiltrazione parvicellulare negli strati più esterni della parete arteriosa, ai limiti tra la zona normale di questa e la porzione necrotica. In alcuni punti gli strati più esterni apparivano dissecati dall'emorragia dovuta alla rottura dell'aneurisma.

Nei preparati microscopici del midollo spinale si notava infiltrazione parvicellulare perivasale della pia madre spinale; degenerazione, atrofia e scomparsa delle fibre nervose dei cordoni posteriori.

Per tale reperto anatomo-patologico veniva confermata la diagnosi clinica di tabe dorsale, e veniva spiegata l'emorragia sottoaracnoidale con la rottura di un piccolo aneurisma della basilare. Circa la natura dell'aneurisma, è quanto mai difficile precisarla. Gravissime erano le lesioni arteriosclerotiche riscontrate nel soggetto, ed esse apparivano anche nelle arterie della base. Ma si sa che l'arteriosclerosi raggiunge stadi così avanzati di evoluzione specialmente negli individui luetici. E del resto, quelle due zone di infiltrazione parvicellulare, osservate nei preparati microscopici del vaso aneurismatico, pur non essendo caratteristiche, sono molto sospette per lesioni luetiche.

Gli aneurismi delle arterie della base, secondo una statistica di Hoffmann, sono più frequenti negli uomini che nelle donne, e l'età preferita è quella dai 40 ai 70 anni; Hoffmann però vide un aneurisma anche in un bambino di dieci anni. Da altre grandi statistiche risulta che nel 40% dei casi sezionati non era ancora raggiunta l'età di 40 anni. Sempre secondo Hoffmann, le arterie cerebrali sono, fra tutte le arterie periferiche, quelle più frequentemente soggette ad ectasie aneurismatiche, e le più spesso colpite sono le arterie della base. Il punto di biforcazione di tali arterie è la sede di elezione degli aneurismi. Secondo Bradford, invece, l'aneurisma più frequente è quello della silviana, specialmente della silviana sinistra; viene poi, per ordine di frequenza, quello dell'arteria basilare, e poi quello delle altre arterie. La grandezza di tali aneurismi va da un pisello a un uovo di gallina: possono raggiungere una notevole grandezza e in tali casi determinano la sintomatologia dei tumori endocranici.

Ma, anche se piccoli, gli aneurismi delle arterie basali possono determinare una sintomatologia che li fa sospettare all'esame clinico: cefalea, talora a carattere pulsante, attacchi epilettici ecc., e specialmente caratteristici, dei rumori vasali che sono sincroni al polso, e che scompaiono con la compressione delle carotidi. Spesso manca la papilla da stasi, come ogni altro sintoma a carico dei nervi ottici e del chiasma. I sintomi locali dipendono, naturalmente, dalla sede dell'aneurisma, ed, a seconda degli organi che esso comprime, possono aversi i più disparati complessi sintomatici: da una emiplegia alternante con l'abducente e il facciale, ad una paraparesi con paralisi bilaterale dell'abducente, da una paralisi dell'ipoglosso, del glosso faringeo e del vago, per lo più unilaterale, alle sindromi cerebellari.

Molte volte però soltanto attraverso i segni dell'emorragia (o nelle meningi, o nella sostanza cerebrale o nei ventricoli) dovuta alla rottura dell'aneurisma, questo viene diagnosticato. In tal caso compare improvvisamente, per lo più in pieno benessere, un insulto apoplettico, talvolta senza perdita di coscienza, con cefalea intensa, accompagnata da vomito cerebrale, pallore, sudorazione, vertigine, ed i segni della irritazione meningea. Segue un miglioramento; ma non raramente residua cefalea e paralisi dei nervi cranici. Un tale insulto apoplettico può anche ripetersi: caratteristico infatti è il decorso a *poussée* dell'emorragia.

Molto recentemente Lemmel si è occupato dell'argomento, riferendo i segni osservati in tre casi di aneurismi di vasi cerebrali. In due di essi, soggetti giovani (di 34 e di 27 anni), comparve in pieno benessere cefalea occipitale intensa, pallore e sudorazione. Dopo poco, miglioramento passeggero, cui seguì un riacu-

tizzarsi dei sintomi, con perdita della coscienza, segni di irritazione meningea, liquido cefalo-rachidiano fortemente emorragico, e morte. Nel terzo caso si trattava di una donna di 46 anni, già affetta da emiplegia, che da qualche anno soffriva di cefalea, vertigine e *tics* della bocca. Anche essa presentava segni di irritazione meningea evidenti, con *liquor* emorragico e xantocromico. Si verificò anche in questo caso un passeggero miglioramento dopo l'*ictus*, con regressione dei sintomi meningei, ma dopo un paio di settimane si ebbe un nuovo attacco apoplettico e morte.

Il Lemmel dice che la diagnosi clinica di aneurisma rotto della base fu confermata in tutti tre i casi dal reperto anatomo-patologico. Ed asserisce che la diagnosi di rottura di aneurisma cerebrale è possibile farla solo che si pensi a tale possibilità. Ma non sempre tale affezione morbosa si manifesta così come la abbiamo descritta e come si manifestò nei due primi casi riportati da Lemmel: il caso da me esposto sta a dimostrare appunto che non sempre si hanno i sintomi premonitori, nè quelli generali e meningei di emorragia subaracnoidale. Infatti di nessun disturbo il nostro paziente si era lamentato, e nulla l'anamnesi remota diceva, che potesse far sospettare una affezione cerebrale. Egli passò da un relativo benessere, consentito dalle sue condizioni di tabetico, allo stato di profondo coma, senza presentare prima nessun sintomo nè encefalico nè meningeo. Soltanto la puntura lombare illuminò il quadro clinico, dimostrando l'avvenuta emorragia meningea. E che questa non fosse stata preceduta da nessuna altra perdita di sangue negli spazi subaracnoidei (perdite facili a verificarsi, come sopra ho detto, negli aneurismi delle arterie basali) lo dimostrava, oltre la mancanza di ogni segno clinico, l'assenza di ogni traccia di xantocromia sia nel *liquor* estratto con la prima puntura lombare, eseguita il giorno 13 gennaio, sia in quello estratto il giorno 20, ad emorragia avvenuta.

Le emorragie meningee sono relativamente frequenti e possono interessare sia la dura sia la pia madre. Fra le cause che le determinano (prescindendo dai traumi, i quali costituiscono il più frequente fattore eziologico di tale affezione) figurano tutte quelle malattie che producono alterazioni delle pareti vasali: così, per esempio, le affezioni delle ossa craniche, le infezioni (sepsi, tifo, scarlattina, pertosse), le intossicazioni (specialmente da alcool e da nefrite cronica), le diatesi emorragiche (anemia perniciosa, leucemia, morbo maculoso di Werlhof, porpore, carcinoma, ecc), l'arteriosclerosi dei vasi cerebrali, alcune psicosi e atrofie del cervello, ecc. Io stesso ebbi occasione di osservarne un tipico caso, nell'estate dello scorso anno, in una giovane donna, in seguito ad insolazione.

Le emorragie che interessano la dura meninge possono stabilirsi sia sulla faccia esterna di essa (per lo più a causa di rottura traumatica dell'arteria meningea media o di uno dei suoi rami principali, nella zona scollabile di Marchand), sia sulla faccia interna. Queste emorragie fra la dura e l'aracnoide sono dette emorragie e, rispettivamente, ematomi subdurali o, più inesattamente, ematomi intradurali. Per la causa di tali emorragie sono specialmente importanti i traumi *intrapartum* del cranio. Una speciale emorragia subdurale è rappresentata dalla pachimeningite interna cronica emorragica. Ma in tali emorragie il sangue stravasato non raggiunge gli spazi sottoaracnoidali e perciò non si manifesta nel liquido cefalo-rachidiano estratto con la puntura lombare. Questo potrà soltanto contenere una più o meno abbondante quantità di sostanza colorante del sangue dell'ematoma, ed anche dei globuli rossi: ma non sarà quasi mai nettamente emorragico. Infatti l'ematoma extra e sub-durale rimane per lo più ben delimitato o tra gli involucri normali dell'encefalo (scatola cranica e dura madre), o tra le membrane di neoformazione derivanti da una infiammazione fibrinosa della dura (Virchow), quali si osservano nella pachimeningite emorragica interna.

Le emorragie che interessano la pia-aracnoide avvengono per rottura dei vasi che decorrono e nello spessore di tale membrana o alla superficie dei centri nervosi. Tali emorragie possono verificarsi in qualunque regione dell'encefalo, ma prediligono la base (Ascoli). Se il sangue stravasato è scarso, l'emorragia passa di solito inosservata; se invece esso è abbondante, invade il reticolo sub-aracnoidale di tutto l'asse cerebro-spinale, e dà il carattere emorragico al *liquor* estratto con la puntura lombare. In quest'ultimo caso, il quadro clinico varia a seconda dell'entità dell'emorragia e della rapidità di essa. Ma per lo più l'inizio è brusco: in pieno benessere, o nel corso di una delle affezioni suddette, il malato avverte un acuto dolore alla nuca (colpo di pugnale rachideo di Michon), diviene pallido, si lamenta di vertigine e poco per volta perde la coscienza. Possono seguire convulsioni epilettiformi generali o parziali a tipo jacksoniano, ipertono, contratture, ma assai più spesso

compaiono sintomi di irritazione meningea (cefalea, vomito, rigidità nucale, Kernig, stipsi ostinata, ecc.). Il polso, dapprima rallentato, diviene in breve frequente e piccolo; precocemente compare febbre che si mantiene a lungo discretamente elevata (febbre emolitica di Froin). Degna di nota è l'albuminuria massiva e temporanea (Genest e Lafond). Tale quadro morboso può completamente dileguarsi in un periodo di 10-15 giorni (Cavalletti), o ad esso può seguire la morte, talora dopo pochi giorni, altre volte dopo alcuni mesi: in quest'ultimo caso il malato, riacquistata la coscienza, presenta emiplegia o diplegia, ha spesso attacchi epilettiformi, febbre, delirio.

Le emorragie meningee possono essere anche primitivamente spinali. Queste però sono rarissime, ed i sintomi clinici sono del tutto a carico del midollo spinale. Si ha in esse, alla puntura lombare, il reperto di ematorachide, ma il quadro morboso non potrà mai imputarsi ad una lesione cerebrale.

***

La molteplicità delle manifestazioni cliniche con le quali può manifestarsi la sintomatologia di un aneurisma delle arterie cerebrali, in rapporto con la varietà della sede di esso nelle più diverse sezioni dell'encefalo, giustifica la difficoltà e spesso la impossibilità della diagnosi in vita. Beadles trova fra i suoi 555 casi, solo 7 diagnosticati *intra vitam*, e anche Wichern nel 1911, in un attento esame della letteratura, potè constatare che una esatta diagnosi prima della morte era stata posta in soli 7 casi, nei quali essa fu poi confermata dal reperto necroscopico.

Naturalmente la possibilità di una diagnosi clinica è maggiore allorchè interviene una rottura dell'aneurisma, accompagnato dall'insulto apoplettiforme. Ma spesso, anche in questi casi, numerosi dati anamnestici ed obbiettivi possono ostacolare il giudizio del medico, in quanto per lo più è difficile escludere che l'insorto coma apoplettico sia dovuto ad altre manifestazioni di origine arteriosclerotica o luetica o d'altra natura, a carico del sistema nervoso centrale.

La puntura lombare ha certamente un enorme valore in simili contingenze, e quando con essa viene estratto un liquido spinale molto nettamente emorragico, come fu nel malato da me osservato, l'esperienza vuole che, pur vagliando tutte le altre ipotesi diagnostiche, venga tenuta presente come probabile anche quella della rottura di un aneurisma cerebrale, malgrado la relativa rarità di tale evenienza.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di aneurisma dell'arteria basilare, in soggetto tabetico. E ne trae argomento per esporre alcune considerazioni sulle emorragie meningee dovute a rottura di aneurismi delle arterie cerebrali e ad altre cause.

LAVORI CONSULTATI.

BEADLES C. F. Brain, 1907, vol. 30, pag. 285.
WICHERN H. Münch. Med. Wschr., 1911, pag. 2724.
LEWANDOWSKI. *Handbuch der Neurologie,* 1912, vol. III.
OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten,* 1923, vol. II.
REID U. GLEAVE. Brit. med. Journ., 1931, pag. 445.
LEMEML. Münch. Med. Wschr., 1931, pag. 2193.
ASCOLI. *Emorragie meningee spontanee.* Il Policl., Sez. Med., 1905-1906.
CAVALLETTI. *Emorragie meningee sintomatiche e spontanee.* Il Policl., Sez. Prat., n. 31, 1930.

Stenosi laringea da varicella.

Dott. LEONARDO TIBERIO.

Storia clinica: il giorno 15 febbraio 1931 sono chiamato a visitare la piccola A. S. da V., di anni 3. La madre mi racconta che da due giorni la bambina si mostrava irrequieta e insonne, e la sera precedente era stata colta da febbre (39°) con qualche conato di vomito. La mattina del 15 notava sul viso della piccola un'eruzione; ma chiamava il medico più per la febbre alta che per la manifestazione cutanea al viso, poichè, aggiungeva, anche una sorellina della p. (maggiore di anni 4) aveva avuto un'analoga eruzione durata 7 giorni, ma senza fenomeni generali allarmanti.

Indagando sull'anamnesi familiare, non si riscontrano malattie degne di nota, nè il passato della piccola inferma dice di malattie importanti sofferte, se si eccettui una gastro-enterite acuta, un anno fa. La p. nacque da parto a termine, fisiologico ed ebbe allattamento materno fino all'età di 16 mesi.

All'esame obbiettivo: decubito indifferente; costituzione scheletrica regolare; stato di nutrizione e di sanguificazione buono. Non linfoghiandole palpabili al collo, alle ascelle e agl'inguini. Movimenti del capo possibili. Non Kernig. Nulla a carico dei nervi cranici. Nulla nel faringe e nelle tonsille palatine, se si eccettui un lieve arrossamento dei pilastri. Nulla al torace e all'addome. Sulla pelle del viso e del dorso spiccano delle macule di dimensioni varie: da una capocchia di spillo a una lenticchia; alcune rilevate in forma di papule, altre formanti vescicole a contenuto sieroso limpido, non depresse al centro. È facile constatare, su una stessa zona, i differenti stadi dell'esantema. Pongo alla madre la diagnosi di varicella e dò le prescrizioni del caso. L'indomani rivedo l'inferma e il quadro della varicella è anche più tipico. Rassicuro la madre sul decorso generalmente benigno del male, aggiungendo essere superflua ulteriore mia assistenza. Senonchè in quinta gior-

nata di malattia, sono nuovamente chiamato al letto della piccola inferma. L'esantema è in via di regressione, ma la piccina è agitata, respira con difficoltà; le inspirazioni in ispecie sono forzate e accompagnate da rumori stridenti. Esamino di nuovo la mucosa buccale e faringea, ma non trovo nulla all'infuori di un lieve arrossamento e di qualche afta, tipiche manifestazioni eruttive mucose: assenza completa di qualsiasi essudato. Pensando che l'infezione varicellosa non avesse rivelato, attraverso un attacco di laringospasmo, una diatesi spasmofila fino allora latente, vado alla ricerca dei comuni segni di questa; ma tanto il fenomeno del facciale di Chvostek che il segno di Trousseau mancano; nè esiste un aumento della eccitabilità galvanica dei nervi motori, poichè all'apertura del catode non si provocano contrazioni muscolari che al di sopra di 8 Miliampères E allora, nel dubbio di un pseudo-croup in corso di varicella, prescrivo degli impacchi caldi al collo, inalazioni di vapore acqueo e una pozione antispasmodica di belladonna, riservandomi di riosservare la piccola. Il dì seguente, il quadro della stenosi laringea persiste ed è più imponente; rientramenti inspiratori al giugulo e all'epigastrio, contrazioni degli sterno-cleido-mastoidei, tirage, cianosi. Con un tamponcino di garza sterile, montato su un klemmer curvo (in mancanza del tamponcino di ovatta avvolto in bacchettina di vetro e sterilizzato) riesco a prelevare un po' di secreto laringo-faringeo e ad allestire un vetrino, che coloro col metodo di Neisser (blù di metilene acetico e vesuvina) senza rinvenire, all'esame microscopico, alcun bacillo di Löffler. Non mi soffermo, nemmeno, sulla possibilità di un esame laringoscopico e prospetto ai genitori la tracheotomia d'urgenza, quale unica via di salvezza della piccola, presso l'Ospedale chirurgico più vicino. Asfittica, quasi in condizioni preagoniche, la p. viene ricoverata nell'Ospedale civile di Pescara, dove con la massima celerità, non curando, per le condizioni del tutto speciali, l'asepsi, viene praticata una tracheotomia. Dopo prolungate manovre di respirazione artificiale e una iniezione intracardiaca di adrenalina, la piccola p. incomincia a riaversi. Nel decorso post-operatorio la p. è apirettica; non arrossamento, non pseudo-membrane sulle tonsille palatine e nel faringe. Si prova a togliere la cannula tracheale in ottava giornata, ma per fenomeni asfittici sopravvenuti si deve riporre la cannula, che viene definitivamente tolta in 20ª giornata.

L'interesse del caso è nella sua estrema rarità. Si tratta evidentemente di una stenosi laringea da varicella: stenosi grave, tale da mettere in pericolo la vita, probabilmente causata dalla irritazione della mucosa laringea, in seguito alla formazione su di questa di elementi eruttivi varicellosi. L'infezione difterica, causa di gran lunga la più frequente delle stenosi laringee gravi, era quella che più pesava sul diagnostico differenziale. L'assenza di essudato sul faringe non era un dato assolutamente probativo, perchè, come ben si sa, esistono numerosi casi di difterite laringea a faringe normale o solo arrossato. Perciò solamente la ricerca, negativa, del bacillo difterico, su quel poco di secreto laringo-faringeo che si potè avere col tamponcino di garza, poco prima dell'intervento, risolve totalmente il quesito diagnostico a favore di una stenosi laringea di natura puramente varicellosa, senza secondaria infezione difterica.

L'esclusione di questa, infine, oltre l'esame batterioscopico negativo, viene confermata dal fatto che all'apertura della trachea non si è trovato traccia di membrane, e soprattutto dall'esito rapidamente favorevole della malattia dopo l'atto operatorio, pur senza che si sia ricorso ad alcuna cura specifica (siero-terapia).

Date le condizioni estremamente gravi della p. e l'urgenza della cura, fui costretto ad astenermi dall'osservazione del laringologo, che poi sarebbe stata praticamente impossibile; come pure giudicai preferibile la tracheotomia alla intubazione, richiedendo questa assidua sorveglianza e continua presenza del sanitario, che soltanto in reparto specializzato di grande ospedale è possibile e non in un piccolo ospedale di provincia, dove la presenza del personale di assistenza non è continua.

*
* *

L'interesse del caso è tutto nella sua grande rarità, come più sopra ho detto. La letteratura, di fatto, è quasi muta al riguardo, se si eccettui qualche accenno vago e indiretto fatto dal Rolly (in Mohr e Staehlin) che dice: « si è riferito di attacchi di soffocazione per la presenza di una vescica in laringe, in corrispondenza delle corde vocali ». E Teissier, nella sua profonda esperienza sulle malattie infettive, senza riportare casi particolari o personali, dice che qualora l'esantema invada il laringe e la trachea possono manifestarsi fenomeni di soffocazione, come nel croup, che legittimano qualche volta l'intubazione o la tracheotomia.

RIASSUNTO

L'A. espone un caso molto raro di stenosi laringea grave, persistente, provocata esclusivamente da infezione varicellosa, in soggetto di anni 3, e curata con la tracheotomia.

Casalbordino (Chieti).

BIBLIOGRAFIA.

MOHR-STAEHLIN. *Tratt. di Med. Int.*, vol I, p. I.
ROGER-VIDAL-TEISSIER. *Nuovo Tratt. di Med.*

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

La cura del coma diabetico.

(F. Mainzer. *Zbl. für innere Medizin*, 19 marzo 1932).

Uno studio riassuntivo dei mezzi terapeutici di cui oggi ci serviamo per la cura del coma diabetico, deve incominciare con l'affermazione che una terapia ottimale di questo stato morboso è possibile soltanto in clinica: ciò per la necessità di un controllo diretto e continuo tale, quale è richiesto ad esempio, dagli interventi chirurgici.

Si intendono comunemente sotto la denominazione di *Coma diabetico* tutte quelle manifestazioni tossiche del sistema nervoso, causate dalla presenza nell'organismo di acidi organici (specialmente il β-*ossibutirico*) che trovano nella perdita della coscienza e nella profondità e frequenza del respiro (*respiro di Kussmaul*) le loro caratteristiche ma non uniche manifestazioni.

Gli studiosi si sono domandati se fosse l'avvelenamento acido a portare lo squilibrio del ricambio idrocarbonato o se quest'ultimo invece fosse la causa del sovraccarico di acido β-ossibutirico nell'organismo verosimilmente ambedue i meccanismi sono in causa nella patogenesi del coma diabetico. Certo si è, e ciò è importante per la cura, che acidosi e squilibrio del ricambio dei carboidrati agiscono in una specie di circolo vizioso, in quanto mentre l'acidosi diminuisce e limita notevolmente la potenzialità di azione dell'insulina formatasi nell'organismo o introdotta dal di fuori, l'alterazione del ricambio idrocarbonato provoca costantemente l'aumentata produzione degli acidi organici. Acidosi e squilibrio dei carboidrati sono dunque i due fattori principali del coma diabetico.

L'alterazione dell'equilibrio idrocarbonato trova il suo indice nei valori glicemici: l'acidosi nella diminuzione dell'acido carbonico combinato, fenomeno causato dalla captazione da parte degli acidi organici di quegli alcali, che prima servivano alla combinazione con l'acido carbonico (diminuzione della riserva alcalina).

Tocca all'insulina di arrestare e riportare al loro stato normale primitivo questi valori, che legati l'un l'altro in un tragico circolo vizioso, formano la base su cui si impiantano le manifestazioni del coma diabetico: interrotto il cerchio, venuta a mancare la base di sostegno, il quadro morboso non ha più ragione di esistere.

Si comincia col somministrare 100 U. C. di insulina, 50 per via endovenosa, il resto per via sottocutanea.

Il trattamento consecutivo varia notevolmente a seconda della gravità del caso: dosi di 20-30 U. C. ogni 3-5 ore, in tutto 150-200 U. C. *pro die*, sono spesso sufficienti; in altri casi, peraltro rari, sono necessarie dosi di 100 U. C. ripetute varie volte, sì da raggiungere quantità totali fra 500 e 1000 U. C. *pro die*. Di grande importanza per stabilire la quantità di insulina da somministrare nei singoli casi è l'osservazione dello stato della coscienza e lo studio dei riflessi, lo stato del circolo, la frequenza e qualità del polso, la pressione sanguigna (nel coma diabetico il polso è debole, di frequenza molto aumentata, la pressione è bassa), la temperatura corporea (è caratteristico il raffreddamento e la secchezza della cute nel coma), il comportarsi della pressione endooculare, il cui abbassamento è uno dei sintomi più costanti e caratteristici del coma diabetico. Anche la ricerca dello zucchero e dell'acetone nelle urine è utile ma il valore di questa ricerca non deve essere sopravalutato. Questi vari dati, associati a quelli ottenuti dalla ricerca del glucosio e della riserva alcalina nel sangue, sono i fattori su cui deve essere basata la prognosi e la terapia. La determinazione della riserva alcalina, specialmente, è di tutti i vari fattori il più importante per sospettare l'eventuale durata dello stato comatoso. È possibile, con la ricerca ripetuta 2-3 volte per ora dei valori glicemici e della riserva alcalina, giungere ad una specie di classificazione dei vari casi clinici di coma diabetico, classificazione che indirizza il medico verso misure terapeutiche individuali abbastanza precise.

In un *primo gruppo* possono essere riuniti i casi nei quali la somministrazione di insulina influisce allo stesso modo sia sull'acidosi che sulla glicemia: i risultati che se ne ottengono sono brillanti: presto si ha ritorno della coscienza, netto miglioramento dello stato del circolo e dello stato generale.

In un *secondo gruppo* sono da porsi quei casi in cui l'acidosi è poco influenzata dal trattamento insulinico e la glicemia discende di poco: si tratta di casi relativamente resistenti all'insulina e nei quali si adotteranno dosi notevolmente alte.

Di un *terzo gruppo* fanno parte quei casi in cui l'abbassamento della glicemia sotto l'azione insulinica è molto più rapido della diminuzione dell'acidosi, misurata con la ricerca della riserva alcalina del sangue. In tali casi la successiva discesa della glicemia, esponente del blocco dei carboidrati organici, deve essere riparata con la contemporanea somministrazione di zucchero (20-50 cc. di una soluz. al 10-40 % iniettati per via endovenosa, se il paz. è in coma, continuando poi per via orale).

Esiste infine un *quarto gruppo* di casi in cui, anche con una abbondante somministrazione di insulina, non si riesce ad ottenere l'innalzamento della riserva alcalina nel sangue e nessun miglioramento dello stato comatoso, per quanto la chetonuria sia diminuita. In tali casi gli AA., pensando che la diminuzione della riserva alcalina non sia soltanto do-

vuta alla captazione degli alcali normali del sangue da parte di valenze acide, come avviene nella maggior parte dei casi di coma diabetico, ma che si tratti di una reale diminuzione degli alcali formatisi nell'organismo, somministrano a questi pazienti degli alcali per via endovenosa, in dosi da 150-200 cc. di una soluzione al 4-6 % di bicarbonato di sodio, da ripetere varie volte, continuando poi, quando sia tornata la coscienza, la somministrazione per via orale.

Di pari passo con la terapia del disturbo del ricambio va la cura preventiva di tutte le alterazioni di organi vitali che l'accentuato squilibrio idrocarbonato può lasciare come conseguenza.

I sintomi nervosi, che generalmente dopo somministrazione d'insulina migliorano insieme col migliorare dello stato di equilibrio del ricambio, possono in alcuni casi persistere malgrado che lo zucchero nel sangue sia diminuito e la riserva alcalina aumentata, e quindi portare alla morte in coma sotto il quadro della paralisi respiratoria o del collasso circolatorio. Specialmente il *comportamento del circolo* deve essere tenuto d'occhio dal medico: un polso piccolo, debole, talvolta nemmeno apprezzabile, di frequenza grandemente aumentata, la pelle fredda, una cianosi bluastra, ecco i segni clinici del cosidetto « coma cardiale ». Le ragioni di questa debolezza di circolo sono di varia natura: la grave intossicazione del miocardio, l'azione tossica sui centri vasomotorio e respiratorio, forse anche l'ispessimento della massa sanguigna causato dall'acidosi, che è sicuramente di grave ostacolo all'effettuarsi normale del circolo, agiscono con intensità variabile nella genesi di questo *coma cardiale*. Tutti questi vari fattori vanno considerati onde stabilire la retta terapia. L'uso della strofantina, consigliata da V. Noorden, in dosi di 1/4 mgr. lentamente iniettate per via endovenosa insieme con una soluzione di glucosio, ha dato buoni risultati.

Gli altri cardiotonici possono essere usati nella stessa maniera con cui si usano in stati di debolezza di circolo simili, ma di altra genesi.

Di grande importanza è invece l'introduzione in circolo di liquidi, per combattere lo stato di ispessimento del sangue: l'infusione endovenosa di 3/4-1 litro di soluz.-fisiol. ha sempre dato risultati rapidi e brillanti.

Alterazioni della funzione renale possono non raramente essere la base profonda del quadro morboso: si sono visti casi di coma diabetico condurre alla morte in coma uremico, quando l'alterazione del ricambio idrocarbonato era già stata compensata. Si è cercato, per mezzo di una forte diuresi, di ottenere una diminuzione degli acidi organici: i diuretici possono, persistendo lo stato comatoso, essere somministrati per via endovenosa.

Accanto alla terapia insulinica è da prendere in considerazione la cura dietetica: la dieta liquida non può essere mantenuta per più di 24 ore. Nello stato cosidetto precomatoso, in cui cioè non si ha ancora la perdita della coscienza, e nello stato post-comatoso, la somministrazione di sostanze antichetogene, principalmente di alcool (200-300 cc. di alcool) riesce di grande utilità. Alla stessa maniera agiscono alcuni carboidrati, che nell'organismo del diabetico subiscono una lenta e leggera ossidazione: così il *diossiacetone, l'oxantin*, il *tetraglucosan*. La particolare sensibilità del canale gastro-enterico nel precoma può essere rispettata mediante somministrazione di alimenti liquidi.

Con le suddescritte misure terapeutiche è possibile strappare alla morte il 60-80 % dei diabetici comatosi. La prognosi è particolarmente disperata per i casi di coma cardiale e per quelli con un alto grado di acidosi. L'età e la costituzione non hanno una notevole influenza riguardo alla prognosi: così anche, dal punto di vista prognostico, non vi sono sensibili differenze fra i casi in cui il coma è la manifestazione di uno stato morboso del ricambio idrocarbonato irreparabile e da lungo tempo costituito, ed i casi in cui il coma è l'esponente di una causa occasionale, una infezione, una cancrena, un grave disturbo digestivo. Questa differenza invece esiste, ed è importante, dal punto di vista terapeutico.

Il coma, che si manifesta in occasione di una infezione febbrile, merita una particolare attenzione dal punto di vista terapeutico: negli stati febbrili infatti l'azione dell'insulina è di molto diminuita, esiste quindi chiaro il pericolo di un iperdosaggio insulinico, come si ha frequentemente nel diabete infantile. Il passaggio dal coma iperglicemico al coma ipoglicemico può decorrere inosservato.

In tali casi sono necessari, una precoce e continua ricerca della glicemia, un attento dosaggio dell'insulina, e una contemporanea somministrazione di glucosio. Lo stato di ipoglicemia può essere anche denunciato da una abnorme ascesa del valore della riserva alcalina e dal repentino abbassamento della temperatura (fino a 35°) e da una serie di sintomi nervosi. Nei casi più gravi l'iniezione endovenosa di 10-40 cmc. della soluzione di glucosio al 20-40 % e l'iniezione sottocutanea di piccole quantità di adrenalina possono essere di grande aiuto.

Da quanto si è detto risulta chiaramente come in questo, altrettanto e forse più che in altri campi morbosi, una terapia schematica ed assoluta sia da proscrivere. È il giusto apprezzamento dei vari momenti causali, la sintesi di essi, la rapida percezione complessiva del quadro morboso e delle misure terapeutiche che esso richiede, che permette al medico di strappare alla morte delle vittime una volta sicure, e ne fa di lui un creatore e un artista.

G. LA CAVA.

Il sistema nervoso nel diabete e nelle malattie renali.

(F. SIOLI. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 10 giugno 1932).

I rapporti tra sistema nervoso e diabete e malattie renali possono assumere tre aspetti:

1) Manifestazioni nervose generali, non specifiche, all'inizio e nel corso di dette malattie.

2) Imponenti disturbi cerebrali, il coma e l'uremia.

3) Trattamento psichico delle affezioni stesse.

I disturbi nervosi generali, non specifici sogliono essere le prime avvisaglie del diabete e delle malattie renali.

È noto come nel *diabete* si manifestino sofferenze nervose varie (impotenza, neuralgie, irritabilità) quando già i sintomi significativi come la sete, la fame, la cachessia fanno sospettare il male.

Ma non di rado all'inizio della malattia si hanno disturbi nervosi vaghi e generali indici di uno stato di debolezza irritabile, e che generalmente vengono attribuiti alla neurastenia fino a quando non si fa la diagnosi di diabete. Questi disturbi consistono quasi sempre in depressione dell'umore, eccitabilità, facile esauribilità psichica e fisica, debolezza generale, senso di stanchezza, disturbi del sonno, cefalea. A tutti questi disturbi che non hanno un significato particolare, talvolta si aggiungono fatti che per il loro carattere devono mettere sull'avviso: dolori muscolari, neuralgie con varie localizzazioni, specie sciatiche ed intercostali, che spesso assumono le note di vere neuriti con parestesie, anestesie e abolizioni dei riflessi, nonchè paresi dei nervi oculomotori e dell'accomodazione, gastralgie e pruriti.

Talvolta l'insieme di questa sindrome *neurastenica, neuralgica e neuritica* assume un carattere affatto particolare tale da farla considerare specifica del diabete.

In quanto alla patogenesi di questa sindrome è a ritenere che essa sia una dipendenza del diabete, in quanto è dovuta a perturbamenti funzionali o a vere alterazioni organiche, come è il caso delle neuriti, indotte direttamente dallo stato iperglicemico o da altri disturbi del metabolismo, oppure indirettamente attraverso disturbi funzionali endocrini e vasali.

Però bisogna tener presente anche che la casistica clinica registra forme di diabete da cause psichiche, emotive, o da lesioni cerebrali. Non può quindi escludersi che il rapporto di causalità sia inverso.

Comunque il trattamento della sindrome *neurastenica-neuralgica-neuritica* deve avere un duplice indirizzo: curare il diabete ed insieme i disturbi nervosi per sè stessi.

Il *coma diabetico* difficilmente colpisce i diabetici che non siano a conoscenza del loro male. Del resto è facilmente riconoscibile per lo stato d'incoscienza, per la caratteristica alterazione del respiro, la bassa temperatura del corpo, l'alito fortemente acetonico. Tutti questi fatti congiunti al risultato dell'esame dell'urina rendono facile la distinzione con l'uremia.

I disturbi mentali conseguenti al coma diabetico sono più frequenti che nell'uremia. Forse ciò è in rapporto al fatto che il trattamento insulinico evita l'esito letale in molti casi di coma diabetico, ma non elimina le alterazioni cerebrali indotte dal coma donde i disturbi psichici cronici.

La sindrome *ipoglicemica* nel corso del trattamento insulinico è spesso caratterizzata da gravi disturbi a carico del sistema nervoso sia vegetativo (sudorazione, cardiopalma, senso di pena) che centrale (apatia, sonnolenza, vertigini, nistagmo, diplopia, paralisi e perfino emiplegia, afasia, aprassia, disordini extrapiramidali, riso e pianto spasmodico, stati crepuscolari, incoscienza, convulsioni, delirii, stati maniaci).

Lo *shock ipoglicemico* suole comparire 3-8 ore dopo l'iniezione d'insulina e può durare da pochi minuti fino a parecchie ore. Scompare con la somministrazione di zucchero per via orale e endovenosa.

Sono stati registrati anche casi di disturbi neuro-psicotici da *ipoglicemia spontanea.* Si tratterebbe di forme di glicosuria extrainsulare con corrispondente ipoglicemia.

I *fenomeni nervosi generali nelle affezioni renali* sono molteplici e complessi.

Talvolta i fatti cerebrali ripetono la loro origine dalla stessa causa (infezioni acute) che provoca la lesione renale.

D'altra parte l'influenza delle nefropatie sul sistema nervoso si esercita con un duplice processo.

Occorre distinguere *a*) *l'uremia acuta* come esponente dell'insufficienza renale con disturbi della secrezione di tutte le sostanze urinose, dell'urea, dell'acido ureico, delle sostanze che danno la reazione xantoproteica ed aumento dell'azotemia; e *b*) l'insufficienza renale con disturbi della secrezione dell'acqua e dei sali e formazione di edemi, la quale produce l'uremia *eclamptica acuta;* *c*) *sintomi pseudouremici* per la coesistenza di alterazioni angiosclerotiche e di ipertonia vasale, fatti che di per sè stessi inducono disturbi nutritivi nel sistema nervoso.

Ma a parte questi fatti gravi e prima ancora che essi si manifestino nel corso delle malattie renali croniche si verificano disturbi generali che fanno pensare ad uno stato neurotico: for-

te irritabilità, facile esauribilità fisica e mentale, cefalea nonchè vertigini, assenze, amaurosi transitorie, difficoltà della parola o anche afasie passeggere, parestesie e paralisi fugaci.

All'esame clinico è spesso difficile decidere se questi disturbi siano in rapporto con una affezione renale e con relativi disturbi circolatori o siano dipendenti da soli fatti vasali. Da ciò la necessità di un accurato esame delle urine e dell'azotemia.

I disturbi acuti gravi con perdita della coscienza esponenti dell'uremia acuta, dell'uremia eclamptica e dei fatti pseudouremici possono avere caratteri clinici comuni, con l'emorragia, la trombosi e l'embolia cerebrale, con l'epilessia e specie con lo stato epilettico, con il tumore cerebrale e con l'encefalite acuta. Da ciò la necessità di un'accurata diagnosi differenziale.

L'*uremia propriamente detta, l'insufficienza renale pura,* i cui sintomi dipendono essenzialmente dal blocco renale o dalle affezioni che ostacolano il deflusso delle urine (calcolosi, tumori, malattie prostatiche, ecc.) dà come fenomeni generali una profonda astenia fisica e psichica, disturbi dispeptici, fatti infiammatori e ulcerativi a carico del tubo digerente e della pelle, lingua nerastra, alito urinoso, disordini dei riflessi, scosse muscolari ed infine uno stato soporoso, apatico.

L'*uremia eclamptica acuta,* frequentissima nella glomerulonefrite acuta postinfettiva, ad esempio nella scarlattina, nella nefrite gravidica, o anche nel corso delle nefropatie croniche, compare improvvisamente senza che vi sia aumento della azotemia dando sintomi di pressione cerebrale e gravi sintomi a focolaio. I fenomeni generali, la cefalea, il vomito, il rallentamento del polso, l'accentuazione dei riflessi fino allo spasmo con sintomi a focolaio transitorii o persistenti sono disturbi dipendenti dall'edema locale o diffuso.

I *sintomi pseudouremici* dell'ipertonia angiosclerotica nefrogena dipendono da disturbi della nutrizione cerebrale permanenti o transitorii di natura ischemica. Essi sono in parte riparabili. Consistono in fenomeni vari che vanno dai piccoli sintomi a focolaio fino alla grave perdita della coscienza.

La diagnosi differenziale delle varie forme di uremia ha notevole importanza per l'indirizzo terapeutico.

Per l'uremia essenziale, pura sono indicati il digiuno o una dieta esente da sostanze azotate, il salasso, i diuretici, e nei casi estremi la decapsulazione.

Nell'uremia eclamptica sono indicati la dieta povera di acqua e di sali, il salasso, la puntura lombare, i sedativi.

Nei disturbi pseudouremici degli ipertonici e degli angiosclerotici si agevolerà la circolazione con gli eccitanti cardiaci e la cura iodica.

Come si è già detto la cura dei disturbi nervosi che si verificano nel corso del diabete consiste nel duplice trattamento della malattia del ricambio e dei disordini nervosi considerati indipendentemente dalla malattia con la quale sono in rapporto.

Nelle sindromi nervose dipendenti da lesioni renali ma sopra tutto in quelle legate al diabete giova molto la calma dello spirito. Il medico che saprà infondere la fiducia e l'ottimismo nel proprio paziente potrà vantare più successi. DR.

SISTEMA DIGERENTE.

La stasi duodenale cronica.

(FRITZ DE BEULE. *Gionale di Clinica Medica,* fasc. VI, 1932).

Nella stasi duodenale, il transito del contenuto è completamente alterato e il duodeno nel suo insieme o nelle sue varie porzioni si dilata più o meno e talora in maniera considerevolissima.

Si formano movimenti peristaltici e antiperistaltici esagerati, spasmi variamente localizzati, ovvero sussulti per contrazioni d'insieme, il contenuto venendo allora ballottato fra il bulbo ed i segmenti sottostanti. Quando si tratti di stasi paralitica invece, il duodeno si presenta come un sacco atonico privo di movimenti e svuotantesi per aspirazione esercitata da parte del digiuno.

In tutte queste condizioni la secrezione ghiandolare, normalmente discontinua, diviene continua, si intensifica enormemente e così si spiegano le enormi quantità di liquido che certi malati stasici sono capaci di vomitare senza tregua: tale liquido ha proprietà tossiche notevoli e comunque penetrato nell'organismo può riprodurre con una gravità più o meno grande la sindrome tipica della occlusione alta con collasso cardiovascolare, caduta dei cloruri nel sangue, intossicazione nervosa ecc.

Il duodeno stasico si lascia distendere fino ad un certo punto, al di là del quale esso reagisce con contrazioni a mezzo delle quali si vuota o verso l'alto o verso il basso, nello stomaco o nel digiuno.

Lo stato di distensione è avvertito come un senso di pienezza, di pesantezza all'epigastrio producentesi dopo i pasti, a distanza varia. Ad un certo momento insorgono dei crampi epigastrici con crisi intermittenti assai dolorose a cui succedono di sovente dei vomiti caratteristici, fortemente carichi di bile e che disturbano notevolmente il malato. In mancanza di vomiti, i crampi si complicano piut-

tosto con coliche nettamente intestinali dovute all'azione irritante del materiale vuotato dal duodeno: propagandosi lo stimolo cinetico a tutto il canale sottostante ne può seguire diarrea. Importante per la diagnosi è l'apparizione concomitante di turbe nervose in forma di cefalee tenaci, spesso atroci, seguite da stati variabili di depressione e di astenia o di irritabilità eccessiva: sono essi da interpretarsi come dovuti all'azione di certi princìpi tossici, ancora mal definiti, che vengono assorbiti dall'intestino e agiscono sul sistema nervoso. All'infuori del sistema nervoso i tossici duodenali possono esercitare un'influenza delle più deleterie sullo stato di nutrizione generale, provocando rapidissimi e notevoli dimagramenti accompagnantisi a temperature sub normali e ad oliguria.

In presenza dei sintomi surriferiti s'impone l'esame radiologico in cui l'attenzione sarà richiamata specialmente al duodeno eseguendo radioscopie e radiografie in serie: sono i risultati di questi esami che confermeranno la diagnosi.

Molto spesso la sintomatologia della stasi duodenale si confonde con quella dell'affezione principale che l'ha fatta nascere, e così si distinguono una forma colica destra, una di tipo ulcerativo ed una di tipo epatico o pseudolitiasico. Nella forma colica destra che interviene specialmente in donne con visceroptosi, e dopo ripetute gravidanze, il primo sintomo è una costipazione clinicamente e radiologicamente di tipo destro, a cui seguono i segni duodenali con ripetizione ciclica; nel tipo ulcerativo si tratta talora di una vera ulcera duodenale complicata da stasi, ma più spesso l'ulcera non esiste e alla base della stasi si trova uno stato di duodenite essenziale oppure di gastro-piloro-duodenite in cui tuttavia predominano i sintomi dell'ulcera. Nel tipo epatico o pseudolitiasico esiste uno stato di dolenzia costante della flessura sottoepatica, esagerata dalla pressione profonda con irradiazioni al dorso: si tratta in realtà di una colecistite cronica con risentimenti nel duodeno sia da pericolecistite, sia per ileo da impregnazione tossica: la confusione, con le vere coliche epatiche è molto facile.

Si distinguono analogamente delle forme appendicitiche in cui la stasi duodenale paralitica è sotto l'influenza del focolaio tossico-infettivo situato a distanza, e delle forme utero-annessiali spesso esacerbantesi nelle fasi congestive dei periodi mestruali.

L'Autore infine distingue una stasi di tipo nevropatico, riscontrabile in soggetti particolarmente nervosi, presentantesi saltuariamente e che riposa manifestamente su stati di contratture spasmodiche dei diversi segmenti del duodeno a cui segue per lo più l'atonia con flaccidità e distensione passiva. Il malato che ne è colpito presenta turbe digestive diverse, stati di nausea, sintomi di enterocolite mucomembranosa ecc.

Nella forma tumorale naturalmente la stasi non costituisce che un epifenomeno banale di un processo quasi sempre di natura maligna che può compromettere la canalizzazione anche a crisi.

L'evoluzione della stasi duodenale è delle più variabili: può durare per anni, per tutta la vita, con alternative di miglioramento e di aggravamento, compromettendo gravemente lo stato di nutrizione, l'attività e anche la psiche dei malati; tuttavia essa è malattia che se riconosciuta e ben trattata può guarire radicalmente mentre abbandonata a sè può complicarsi ad ematemesi o melene mortali in cui la perdita di sangue anzichè di ulcerazioni è espressione di intense crisi congestizie della mucosa. E. ANTONIAZZI.

La cura del megacolon col paratormone.

(L. SHELDON, R. A. KERNE, E. G. HAKANSSON. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, luglio 1932).

Gli AA. riferiscono su 3 casi di megacolon in cui il paratormone vinse la stipsi. In un caso si trattava di un giovane di 32 anni, che ritraeva beneficio dall'uso del paratormone alla dose di 10-15 unità al giorno per via ipodermica, ma che riaveva stipsi dopo qualche settimana dalla sospensione della cura. In questo caso non ci fu alterazione della calcemia nè prima, nè durante, nè dopo la cura. Gli altri due casi riguardavano una donna di 59 anni e un uomo di 65. In questo terzo caso c'era, prima della cura, calcemia bassa, che divenne normale dopo l'uso del paratormone.

I rapporti fra paratiroidi e funzione motoria del tratto gastrointestinale sono stati studiati da vari autori. La deficienza paratiroidea avrebbe importanza per l'etiologia dell'ulcera gastrica, secondo alcuni. Grove e Vines, hanno trovato in questa malattia calcemia bassa e giovamento dall'estratto paratiroideo, il quale agirebbe sulla calcemia e sullo spasmo del piloro e dell'antro.

Alkan ha veduto l'ulcera peptica 45 volte in 145 casi di tetania.

Higgins ha veduto un caso di tetania con spasmo obliterativo dell'intestino tenue. Aub e Salt hanno veduto diminuire e scomparire il dolore nella colite spastica da avvelenamento da piombo. Spasmo del tratto intestinale con stipsi fu osservato dal Businco nell'insufficienza paratiroidea.

In alcuni casi di iperparatiroidismo si ebbe pure stitichezza, in nessun caso fu notata la diarrea.

Carlson e Jacobson videro 19 volte su 23 cani paratiroidectomizzati iperemia della mu-

cosa della porzione pilorica dello stomaco e del duodeno.

In casi di insufficienza paratiroidea postoperatoria fu osservata stipsi forte.

Riassumendo: c'è stipsi da atonia intestinale nell'iperparatiroidismo e stipsi da spasmo nell'ipoparatiroidismo.

La patogenesi del megacolon più accettabile è quella che ammette spasmi sfinterici con dilatazione a monte. Per questo ebbe successo la proposta di Royle e Hunter di fare la sezione dei rami simpatici e quella di Judd e Adson di fare la ganglionectomia simpatica-lombare e la ramisezione e per questo anche si spiega l'esistenza di ipertrofia della muscolare non di atrofia.

Nell'anestesia spinale l'intestino del malato di megacolon si contrae rapidamente.

Coi raggi X gli AA. hanno veduto in uno dei loro casi che il paratormone fa contrarre l'intestino, ma poichè l'azione è lenta è probabile che essa si esplichi attaverso ad una modificazione del metabolismo del calcio.

L'ipotesi che l'ipoparatiroidismo possa avere un'influenza nella produzione del megacolon non è però dimostrata ancora. In casi di megacolon è bene studiare il ricambio del calcio.

Riguardo alla cura del megacolon con paratormone, resta da stabilire se ci sono pericoli per cure prolungate e in quale modo il paratormone agisce sulla funzione intestinale.

R. LUSENA.

La disfagia.

(W. HOWARTH. *Lancet*, 4 giugno 1932).

La difficoltà di deglutizione può essere data da numerosissime cause morbose, che possono aver sede in una qualsiasi delle porzioni del canale digerente comprese tra la bocca e il cardias.

Tralasciando le comuni flogosi acute della cavità orale, l'A. passa in rapida rassegna le varie cause di disfagia il cui insorgere lento e graduale può mascherare delle, a volta gravissime, manifestazioni morbose che richiedono un'intervento deciso e immediato.

Mentre di facile diagnosi sono le alterazioni della cavità orale, un esame più attento richiedono le lesioni del faringe, dove si potranno riscontrare ulcerazioni, dovute a una angina di Vincent, o a un'infezione luetica, o a un carcinoma.

Più rari sono gli accessi retrofaringei e le paralisi, di solito unilaterali, del faringe, dovute, nella maggior parte dei casi, a lesioni bulbari, e quasi sempre associate ad alterazioni della motilità della lingua.

Nel laringe, oltre a edemi localizzati a parte di esso, o diffusi, si possono riscontrare ulcerazioni tubercolari, sifilitiche, cancerigne, alterazioni tutte che, per ragioni di contiguità possono provocare disfagia grave.

Lo studio dell'esofago è più delicato e difficile: esso si vale come mezzi d'esame della radioscopia e dell'esofagoscopia, cui si ricorrerà soltanto quando non vi sia ragione di ritenerla pericolosa per il paziente (presenza di aneurisma aortico, disfagia insorta dopo ingestione di liquidi caustici).

Non frequenti sono gli spasmi esofagei, localizzati per lo più al laringe e al cardias.

La loro diagnosi differenziale con una stenosi organica sarà facile se, ad una lunga osservazione radiologica si vedrà lo spasmo improvvisamente scomparire e lasciar libero il passaggio agli alimenti. Fra le cause organiche vi sono anzitutto i restringimenti congeniti, e le stenosi cicatriziali, da ingestione di sostanze caustiche. Sia gli uni che le altre si cercheranno di vincere con una paziente, progressiva dilatazione strumentale, possibilmente sotto il controllo dell'esofagoscopio.

Rarissime sono le ulceri luetiche o tubercolari, e altrettanto infrequente è l'ulcera peptica.

A differenza delle manifestazioni sopra elencate, i diverticoli e i corpi estranei richiedono un intervento cruento.

La maggior pare però delle disfagie di origine esofagea sono di natura neoplastica.

Il carcinoma dà segni di sè quando ormai ha raggiunto tale estensione da render impossibile un intervento radicale. Si cerca perciò di rallentarne il fatale decorso o con l'infissione di aghi di radium, o con la radioterapia, o con l'intubazione, che darà modo al paziente di alimentarsi per i pochi mesi che gli rimangono da vivere.

Un ultimo gruppo di cause di disfagia comprende le cause di compressione estrinseca dell'esofago, siano esse tumori della tiroide, tumefazioni linfoghiandolari croniche, aneurismi aortici, ingorghi mediastinici.

M. PONS.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Cura dietetica dell'eczema costituzionale dei lattanti e dello strofulo infantile.

(E. URBACH. *Wien. Klin. Woch.*, 15 aprile 1932).

Il problema dell'eczema infantile, malgrado le numerose ricerche dei vari AA. è ancora molto complicato ed in attesa di una soluzione. Questa complicazione riconosce la sua origine in due fattori, dei quali uno è la difficoltà di distinguere il vero eczema dalle forme simileczematose, l'altro la impossibilità di applicare una terapia dietetica unica alle varie

forme. Un breve sguardo agli studi dei vari pediatri sulla patogenesi e terapia dell'eczema infantile mostra che mentre alcuni AA. (spec. tedeschi) credono che la base della malattia sia un errato indirizzo della nutrizione riguardo ai grassi od ai sali e richiedono come terapia la modificazione della dieta onde regolare l'introduzione di queste sostanze, altri (e sono questi gli americani) considerano la malattia come una reazione anafilattica a proteine, sia vegetali che animali, messe in circolo con la nutrizione: la cura consisterebbe quindi nella eliminazione e nella limitata introduzione nell'organismo di queste sostanze.

L'A. ha invece idee personali in proposito: egli divide, in base a caratteri clinici, etiologici e terapeutici, in quattro gruppi i portatori di eczema infantile.

In un primo gruppo i *lattanti ipernutriti*: in tali casi basta regolare la quantità di nutrimento ed una adatta cura locale per ottenere la guarigione.

Completamente differente è il trattamento dei casi appartenenti al secondo gruppo, cioè dei *lattanti atrofici* o *distrofici*: in tali pazienti occorre curare, a seconda dei casi, i sintomi dispeptici, o i disturbi intestinali o aumentare la quantità del nutrimento in modo da riportare il lattante al peso normale: si vedrà così sparire l'eczema.

Nel terzo gruppo, dell'*eczematoide essudativo* sono comprese le forme eczematose che si riscontrano nei lattanti e nei bambini che rientrano nel tipo pastoso (adiposo) della diatesi essudativa di Czerny: la terapia dietetica di questo gruppo deve tendere a modificare l'abnorme (idrolabile) costituzione organica; gioverà a questo scopo una dieta scarsa, povera di grassi e di sali, la quale riduca il peso e influisca favorevolmente sullo stato dei tessuti in modo da migliorare le manifestazioni dell'eczema.

Qualora questa terapia non riesca efficace si tenterà di scoprire, per mezzo di prove cutanee, una eventuale ipersensibilità alimentare, specialmente verso il burro, le uova, il grano. In tali casi, agisce di più la desensibilizzazione per via cutanea che l'abolire nella dieta la sostanza sensibilizzatrice.

Il quarto gruppo, *bambini eutrofici* con manifestazioni eczematose cutanee, trova il suo metodo terapeutico di elezione nella *nutrizione di contrasto*: questa consiste nel variare la qualità dell'alimento e passare, p. e., da una specie di latticini ad un'altra, dal burro alla margarina, ecc. Ma qui è anche in giuoco lo stimolo sulla flora batterica del crasso, la cui azione si ripercuote sulla formazione di acidi nei vari tratti dell'intestino.

Lo *Strophulus infantum* è quasi sempre di origine nutritivo-allergica. Per mezzo del cosidetto *esperimento nutritivo* è possibile scoprire in pochi giorni la sostanza allergica nutritiva che è in causa e ottenere la desensibilizzazione dell'organismo per mezzo di una adatta terapia dietetica. La sostanza allergica è raramente di natura proteica: quasi sempre si tratta di ipersensibilità ai grassi e, meno spesso, ai carboidrati: basta eliminare l'una o l'altra di queste sostanze, a seconda dei casi, per ottenere la guarigione. G. LA CAVA.

L'auroterapia della lue.

(W. HEUCK e J. VONKENNEL. *Medizinishe Klinik*, 5 febbraio 1932).

L'uso di preparati antiluetici a base d'oro non fu possibile finchè si ebbero a disposizione soltanto medicamenti scarsamente attivi la cui dose tossica era vicinissima alla dose terapeutica: un nuovo impulso a questi tentativi derivò dalla scoperta di preparati aurici ad alto contenuto metallico (36-50 %), usabili per via endovenosa e intramuscolare, quali il Solganal e il Solganal B in cui il rapporto fra dose massima tollerata e dose minima curativa è rispettivamente 1 : 30 e 1 : 75.

Con questi preparati gli AA. hanno trattato 68 malati, convinti della necessità di ricercare nuovi sussidi terapeutici, necessità giustificata dalla resistenza di molte forme luetiche al bismuto, al mercurio e al salvarsan e dal fatto che i salvarsanici spesso — e specie in casi di sifilide viscerale, vascolare ed epatica — vanno usati con grandissima cautela.

Conformemente ai dati della letteratura, constatarono la benefica influenza dell'oro sui sintomi clinici e sulle reazioni sierologiche anche in casi ribelli ad altre terapie; notarono però come i preparati aurici possano produrre degli esantemi tossici preoccupanti, delle tossidermie, cioè, simili a quelle che, su base di ipersensibilità o di allergia, possono produrre tutti i metalli pesanti. Queste forme, la cui patogenesi è stata attribuita ad una insufficiente glicogenesi epatica e in cui è stata riscontrata ipereosinofilia tissulare e cutanea, potrebbero essere efficacemente combattute somministrando quotidianamente delle limonee zuccherate contenenti 50-100 gr. di glucosio; qualora ciò non fosse sufficiente gli AA. consigliano di usare il preparato endomuscolare in sospensione oleosa, col che esso diviene molto meno tossico. Il Solganal endovenoso si usa per iniezioni endovenose bisettimanali, il Solganal B per iniezioni endomuscolari bi- o trisettimanali a seconda che si tratta di soluzione acquosa o di sospensione oleosa. I risultati sono costantemente e rapidamente constatabili tanto in manifestazioni primarie quanto in forme secondarie (roseole, papule mucose), con precoce scomparsa delle spirochete; in periodi di 10-20 giorni si ebbero miglioramenti e guarigioni anche in angine e alopecie luetiche, in esantemi maculosi, papulosi, squamosi e pso-

riasiformi. Anche la guarigione sierologica si ottiene, in genere, in modo rapido e precoce.

In due casi di lue iniziale si presentarono delle neurorecidive: queste si ebbero per insufficiente dosatura della terapia e devono essere considerate come « encefaliti auriche » consecutive ad azione neurotropa dell'oro. Come sintomi si ebbero: reazione specifica positiva del liquor contrastante con la negatività della reazione sanguigna, papilla da stasi, cefalea, vomito di tipo cerebrale. Con cure specifiche si ebbe una pronta guarigione.

In alcuni casi si potè constatare albuminuria e cilindruria, altre volte l'uno o l'altro di questi fatti isolatamente: si tratta di segni di lieve nefrosi, nefrosi aurica, analoga alla nefrosi bismutica di Aschoff. È una forma benigna, facilmente revenibile che scompare alla fine della cura o poco dopo.

La funzionalità epatica non risulta modificata, e lo provano il controllo dell'urobilinuria, della bilirubinemia, della galattosuria, della glicemia; il quadro ematologico mostra una lieve linfocitosi e talvolta una certa eosinofilia che nelle tossicodermiti può salire fino al 50 %.

Non si hanno fenomeni notevoli a carico della curva del peso corporeo, della velocità di sedimentazione dei globuli rossi, del ricambio generale, delle condizioni dell'apparato respiratorio.

Venne studiata la presenza di oro nel liquido c. r., espressione di eventuale alterazione delle normali barriere sangue-liquor le quali, come è noto, sono modificate dal salvarsan: nessuna alterazione di permeabilità è portata dall'auroterapia.

La curva di eliminazione dell'oro attraverso le orine dà un'escrezione di circa il 15 % del metallo introdotto.

In conclusione gli AA. notano che la cura coll'oro non corrisponde esattamente a quella salvarsanica ma può considerarsi eguale alla bismutica; un vantaggio del trattamento aurico è dato dalla sua influenza sulle sieroreazioni e dall'azione notevole sulle localizzazioni tardive nervose.

M. PISA.

TUMORI.

Tumori della regione timica.

(D. SYMMERS. *Ann. of Surgery*, vol. XCV, n. 4).

In corrispondenza del timo o dei suoi residui possono insorgere le seguenti neoformazioni: 1) periteliomi delle pareti dei piccoli vasi sanguigni; 2) linfosarcomi dagli elementi linfocitari; 3) epiteliomi; 4) sarcomi fusiformi dai connettivi; 5) linfogranulomati maligni.

Di questi cinque tipi di lesioni il linfosarcoma e la malattia di Hodgkin presentano, relativamente alle altre, una prognosi migliore per il modo col quale reagiscono alle irradiazioni. Gli epiteliomi, i sarcomi e i periteliomi hanno una prognosi assolutamente infausta. Se fosse possibile una diagnosi molto precoce alcuni di questi tumori potrebbero giovarsi di una terapia chirurgica. L'A. ricorda un caso personale di epitelioma piccolo non aderente che sarebbe stato facilmente esportabile chirurgicamente.

Per lo più tutte queste neoformazioni hanno tendenza a restare limitate nell'interno del torace, infiltrando però tutti gli organi ivi contenuti. Specialmente colpiti sono i polmoni, il pericardio e perfino il miocardio. I periteliomi hanno più specialmente tendenza a produrre metastasi extra-toraciche.

Non ostante la estesa diffusione locale e la distruzione di tessuti prodotta da questi tumori del timo, i sintomi e i segni di aumentata pressione endotoracica, compaiono spesso tardivamente, anche dopo un anno o più. Però l'apparizione di questi sintomi avviene bruscamente ed essi assumono un decorso molto rapido, tanto che la morte segue dopo poche settimane o mesi. Questo decorso forma un esempio caratteristico dell'adattabilità che posseggono organi mobili e compressibili di fronte alla graduale invasione di una neoformazione, e della rapidità colla quale si ha la morte quando il processo di adattamento si esaurisce.

In un secondo gruppo di casi, per lo più tardivamente nel loro decorso e quando sono già comparsi i segni di compressione, il linfosarcoma timico può dar luogo a una leucemia linfatica acuta che rappresenta il fatto terminale della malattia.

In un terzo gruppo di casi, meno numerosi, il tumore timico è associato coi segni della *myastenia gravis*. L'A. avrebbe trovato un tumore nel 20 % dei casi di *myastenia gravis* esaminati al tavolo anatomico. I tumori riscontrati sono stati linfosarcomi, periteliomi ed epiteliomi. La sindrome, sarebbe stata riscontrata anche in un caso di semplice iperplasia del timo. È dovuta verosimilmente a turbe funzionali della ghiandola.

L'A. che lavora nel Laboratorio di anatomia patologica del Bellevue Hospital di New York, riferisce 25 casi di neoformazioni maligne del timo riscontrate in 17.000 autopsie.

MANFREDO ASCOLI

Contributo alla patologia chirurgica dei neurinomi multipli.

(KLOSE e SCHNEIDER. *Zentralbl. f. chir.*, numero 14, 1932).

Il maggior numero di tumori dei nervi periferici sono *neurinomi e neurofibromi*. La loro natura è molto discussa dai patologi. Prima del fondamentale lavoro di Recklinghausen questi tumori non erano riconosciuti come provenienti dal sistema nervoso e venivano classificati fra i fibromi e i sarcomi. Recklinghausen li

interpretò come fibromi derivanti dall'endo- o dal peri-nervio. Contro questa concezione della natura connettivale di questi tumori il Verocay sostenne che essi derivano da elementi ectodermici e precisamente da cellule giovani della guaina di Schwann e li chiamò *neurinomi* riservando il nome di *fibroneurinomi* o *neurinofibromi* a quegli esemplari con prevalente sviluppo del tessuto connettivo di sostegno. Antoni ha dimostrato l'esistenza di *fibromi* veri dei nervi; così che si devono oggi distinguere i *neurinomi*, intesi come tumori di origine ectodermica, dai *neurofibromi*, intesi come tumori di natura connettivale, benchè ambedue i tipi siano da inquadrare nella stessa affezione sistematica, cioè nella malattia di Recklinghausen. I neurinomi, oltre che nei nervi periferici, si riscontrano anche con frequenza nel midollo spinale e nel cervelletto. Su 30 casi di tumori del midollo raccolti da Antoni 20 erano neurinomi.

Essi sono costituiti da una sostanza fondamentale finemente fibrillare in seno alla quale sono allogati dei nuclei allungati, spessa aggruppati e disposti parallelamente a palizzata. Oltre a questo tipo, detto da Antoni « *tipo A, o fibrillare* » esiste un secondo tipo : « *tipo B, o reticolare* » in cui i nuclei sono più grossi, rotondeggianti e giacciono in un reticolo di fini fibrille intrecciate tal che è possibile talora ravvisare un corpo cellulare.

Macroscopicamente si distinguono in : *monocentrici* e *policentrici* secondo che si sviluppano attorno a uno o a parecchi nuclei. Una terza forma è quella a *forma di guaina* entro la quale decorre il nervo. La grandezza varia da un fagiuolo a una testa di bambino. Sono spesso bernoccoluti, duri, bianchi o grigiastri, talora hanno aspetto marmoreo o presentano dilatazioni cistiche. Degne di nota le *forme a clessidra* che si riscontrano in certe sedi anatomiche come nello speco vertebrale e dentro il cranio, donde fuoriescono attraverso i fori di coniugazione e le lacune craniche allargandosi fuori di queste. I neurinomi possono essere *solitari o multipli*. Spesso la molteplicità si vede solo all'autopsia. Preferiscono la porzione centrale dei nervi, contrariamente ai neurofibromi che preferiscono la periferia. Fra le localizzazioni periferiche sono importanti chirurgicamente quelle dello stomaco e intestino che possono ulcerarsi e dare emorragie. Quelli situati nel piccolo bacino possono ostacolare il parto.

I neurinomi sono tumori benigni: incapsulati, ad accrescimento lento, espansivo, essi sono ben delimitati dai tessuti circostanti, ma possono per compressione usurare le ossa. La possibilità di trasformazione maligna è stata dimostrata per la neurofibromatosi ma non per il neurinoma puro.

Clinicamente si manifestano per i segni di compressione nervosa che vanno dai lievi disturbi della sensibilità fino alla completa paralisi da lesione trasversa, con tutti i gradi di passaggio. A seconda del grado della lesione i disturbi possono essere più o meno riparabili dopo l'asportazione del tumore.

L'indicazione operatoria è data dai disturbi di compressione nervosa: se l'enucleazione non è facile si deve resecare in tessuto nervoso sano perchè si son viste recidive dopo interventi non radicali.

K. e S. riportano un caso personale di neurinomi multipli dei nervi periferici. Trattavasi di un uomo che presentava nel cavo ascellare destro una tumefazione quanto un pugno, dura, ben delimitata, dolente alla pressione e altre tumefazioni simili, ma più piccole, sempre a destra, sotto il m. gran pettorale, nella fossa sopraclaveare, dietro il m. sternocleidomastoideo, e infine anche alla gamba destra e al dorso. La tumefazione dell'ascella aveva avuto un accrescimento più rapido e ostacolava la scrittura. All'intervento si vide che si trattava di tumori dei rami del plesso brachiale ben incapsulati che si lasciarono asportare dopo incisione della capsula senza lesione delle fibre nervose; quello dell'ascella apparteneva al mediano. Istologicamente mostrarono la struttura di neurinomi puri di tipo fibrillare (tipo A di Antoni). G. Pacetto.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

M. Loeper, con la collaborazione di A. Lemaire. *Thérapeutique médicale*. Vol. III. *Foie, glandes endocrines et nutrition*. Un vol. in-8°, di 379 pag., con 58 fig. Masson et C.ie, Paris, 1931. Prezzo fr. 50.

Continuando il « Trattato di terapia medica », di cui abbiamo già parlato, Loeper con la collaborazione di A. Lemaire, si occupa qui del fegato, delle ghiandole endocrine, della nutrizione.

Riguardo al primo argomento, esamina l'insufficienza biliare ed epatica, le cirrosi, l'ascite, le emorragie di origine epatica. Ampia è la trattazione delle malattie della nutrizione; la gotta, l'ossaluria, il diabete, al quale, con gli argomenti annessi, dedica parecchi capitoli. Dà uno sguardo d'insieme sull'opoterapia, venendo poi alle singole applicazioni. Si occupa in seguito dell'obesità, del reumatismo cronico, del ricambio del fosforo, calce e vitamine, e dell'eliminazione urinaria.

I sobri accenni alla patologia ed alla parte sperimentale contribuiscono a far meglio comprendere le indicazioni terapeutiche che costituiscono una eccellente guida per il pratico.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

R. PRIESEL e R. WAGNER. *Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung im Kindesalter.* Vol. in-8° di pagg. 200. G. Thieme, Leipzig, 1932. MK. 15,60.

Il numero notevole di casi di diabete infantile studiato dagli autori nella Clinica Viennese del compianto v. Pirquet ha loro permesso di comporre la presente ampia monografia sull'argomento.

Gran parte del volume è dedicata alla terapia e, per quanto riguarda quella dietetica, tutte le indicazioni sono basate sul computo delle calorie, onde evitare le difficoltà del sistema nutritivo del Pirquet.

Largo sviluppo è poi dato alle particolarità del trattamento insulinico, sì che il pediatra e il medico pratico possono trarne utili insegnamenti.

Non manca infine un ampio indice bibliografico, nel quale, tuttavia, non è dato trovar cenno alcuno dei lavori italiani sulla questione.

M. FABERI.

H. VIOLLE. *La fièvre ondulante.* Un vol. in-16° di 116 pag. con fig. Masson et C.ie, Paris 1931. Prezzo fr. 18.

Da qualche anno, la febbre ondulante (Febbre di Malta, melitococcia) ha cessato di essere una malattia localizzata nel bacino mediterraneo, ma si è diffusa dovunque, e probabilmente si diffonderà ancora, tanto che il Nicolle l'ha denominata « malattia dell'avvenire ».

È quindi necessario che i medici si familiarizzino con i suoi sintomi e che ne imparino l'organizzazione profilattica. Si troverà in questo libro uno studio praticamente completo sulla eziologia, sul contagio, i sintomi, l'evoluzione, la diagnosi, la profilassi e la terapia.

Si tenga presente che la febbre ondulante dà una mortalità media del 6 %, ma che può oscillare dal 2 al 15 %. *fil.*

R. BIELING e F. MEYER. *Heilsera und Impfstoffe in der Praxis.* Un vol. in-16° di 183 pag. con 48 fig. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 11.

Il grande sviluppo assunto in pochi decenni dalla siero- e vaccinoterapia, le applicazioni più o meno nuove non ancora tutte entrate nella pratica corrente contribuiscono a rendere questo argomento del massimo interesse per il medico, il quale per aggiornare le sue conoscenze in materia e conoscere lo stato attuale delle questioni relative molto si può giovare di questo libro.

Ai sette capitoli della parte generale (che comprendono lo studio del decorso delle malattie infettive, le azioni delle tossine e delle antitossine, la preparazione e l'esame dei sieri, il loro valore e la preparazione dei vaccini profilattici e terapeutici) seguono quelli della parte speciale. In questa, sono considerati i sieri (antitossico, antibatterico, siero di convalescente, ecc.) ed i vaccini, vivi e morti.

Da ultimo, due capitoli sulla terapia aspecifica e sintomatica delle malattie infettive.

fil.

J. BARBERICH. *Lehrbuch der Mund- und Rachenkrankeiten.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 53.

È un trattato completo sulla patologia e clinica della bocca e delle fauci e dei loro annessi.

I singoli argomenti sono stati compilati da distinti specialisti, ed ogni capitolo costituisce un'eccellente monografia.

Nulla è stato trascurato. Il libro è una miscellanea completa di tutto quanto concerne la patologia del cavo orale e degli organi che con esso hanno riferimenti. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 28 aprile 1932.

Contributo allo studio della m. di Recklinghausen localizzata.

G. MORACA. — L'O. riferisce su di un malato da lui operato nel dicembre del 1930. Giovane ventenne che fin dall'età di 5 anni aveva presentato una tumefazione dura ossea al terzo superiore dell'omero destro, a lento sviluppo. Pochi mesi prima dell'operazione si ebbero fenomeni infiammatori e suppurazione sul tumore. Alla radiografia grosso tumore osseo tra il terzo superiore e il terzo medio della diafisi omerale, la quale non ha limiti netti colla massa tumorale, che ha una trasparenza che ricorda le forme areolari. L'asse diafisario è notevolmente incurvato con convessità all'interno. L'intervento chirurgico consistette in una asportazione a losanga di buona porzione della parete compatta della diafisi comprendente tutta la massa tumorale. Scucchiaiamento di tutta la cavità midollare corrispondente, la quale, dilatata, è occupata da una massa rigogliosa di tessuto osteoide lamellare e filiforme senza cavità cistiche. La massa del tumore è formata da un guscio diafisario intorno ad un tessuto calcificato osteoide senza formazioni cistiche. Decorso operatorio normale. Ora a circa un anno e mezzo di distanza non si è avuta alcuna riproduzione. L'esame istologico fa vedere una profonda rarefazione delle trabecole ossee, formate, più che di vero tessuto osseo, di tessuto osteoide scarsissimo di sali. Nelle trabecole un tessuto connettivo costituito da fasci in punti lassi e in altri stipati che cercano di sostituirsi al tessuto osseo. I vasi non sono numerosi. Assenza di cellule anaplastiche. Dopo aver ricordato le varie forme di morbo di Recklinghausen, diffuse e circoscritte, il m. di Paget, l'osteo-distrofia circoscritta di Mikulitz, l'O. avvicina il suo caso ad uno di quei pochissimi descritti di osteite fibrosa circoscritta — Recklinghausen localizzata o Mikulitz — non cistica ma a contenuto solido, in cui alcuni autori vedono i tumori benigni (fibromi, mixomi, ecc.). l'O. nega possa il suo caso ricon

nettersi ad alcuno di essi dei quali non ricorda assolutamente la struttura, mentre lo avvicina alla osteodistrofia iuvenilis del Mikulitz colla quale avrebbe identità di decorso, di carattere clinico ed istologico — rarefazione del tessuto osseo ed invasione fibrosa — differendone soltanto per l'assenza di formazioni cistiche. Sulla possibilità di inquadrare le forme descritte nel campo dei tumori, l'O. asserisce non potersi escludere nè ammettere fino a che tale campo non sia rischiarato nella sua etiopatogenesi. Si può osservare soltanto che esse non rivestono in pieno, specie istologicamente, nessuno dei caratteri dei blastomi ordinari noti e che non hanno limiti netti tra le forme infiammatorie e quelle neoplastiche.

Le ferite da punta e da taglio degli ipocondrii.

G. Tritto. — L'O. si riporta ai concetti ed alle direttive, da lui resi noti con pubblicazioni e comunicazioni alla Società, e messi in pratica in oltre trenta anni di servizio nell'Ospedale traumatologico dei Pellegrini; riferisce le sue statistiche personali, che riguardano un considerevole numero di feriti dell'addome con 125 interventi laparotomici, eseguiti nei varii settori addominali e per i più svariati traumi. Per quello che riguarda le ferite da punta e taglio degli ipocondrii, egli è di avviso che non in tutti i casi esista la indicazione dell'intervento, non sempre innocente, come affermano gli interventisti a tutti i costi: non può paragonarsi ad una laparotomia esplorativa per lesione traumatica alle altre per le diverse lesioni anatomo-patologiche dell'addome. In molti casi di ferita circoscritta nell'ambito delle così dette regioni parenchimali (epatica e splenica) è miglior consiglio la astensione, a meno che non esistano altre indicazioni per sintomi diversi: emorragie, sede della ferita nella zona della cistifellea o dei grossi vasi biliari. Per le concomitanti lesioni viscerali gastro-intestinali vi è sempre il prezioso sintoma del dolore irraggiato, su cui l'O. insiste da lungo tempo, e che, di per sè solo, impone l'intervento.

Seduta del 7 maggio 1932.

La reazione di Paunz in chirurgia.

N. Caprioli. — L'O. richiama brevemente tutti i procedimenti oggidì usati per stabilire le condizioni del paziente prima di sottoporlo al trauma operatorio. Molti insuccessi, egli dice, possono con una esatta valutazione delle forze organiche ed un controllo preciso di tutte le funzioni essere evitati. Si sofferma quindi a studiare gli stati di amiloidosi, i quali sono per se stessi i più facili a sfuggire ad una esatta osservazione. Per lo studio di questi dati amiloidotici latenti egli si è servito della prova di Paunz, fondata sugli studi di Bennhold circa l'eliminazione del rosso congo, introdotto per via endovenosa, nelle diverse malattie ed in ispecie nell'amiloidosi. L'esecuzione della prova di Paunz è facile ed alla portata di tutti: al mattino a digiuno il paziente viene cateterizzato e l'urina si conserva in un bicchiere: contemporaneamente si prelevano 5 cmc. di sangue dalla vena cefalica o da qualsiasi altra vena e lasciando l'ago in sito si inietta presto nel circolo la sostanza colorante (2 cc. di una soluzione in acqua distillata di rosso congo al 0,6 % per ogni 10 kg. di peso). Dal sangue si lascia separare il siero. Un'ora dopo l'introduzione della sostanza colorante il paziente è invitato ad urinare e si prelevano contemporaneamente altri 5 cc. di sangue. I due campioni di urina ed i due campioni di siero di sangue si paragonano fra di loro. Se nella seconda urina non si nota alcuna traccia di colore o se ne nota piccola quantità e se il 2° siero non è rosso la prova è positiva (++): il paziente ha amiloidosi. Se in paragone al primo siero ed alla prima urina il 2° siero e la 2ª urina sono di color rosso, allora non c'è amiloidosi e la prova è negativa (— —). Per escludere la colorazione rossa della emoglobina del siero si può aggiungere una goccia di acido cloridrico concentrato, il quale nel siero dà un precipitato bianco avorio: questo precipitato con piccole tracce di rosso congo diventa bleu. L'O. ha usato questo procedimento in un grandissimo numero di casi con ottimo risultato.

L'uso della coniglia nella reazione di Aschheim e Zondek.

D. Rossi. — La reazione di Aschheim e Zondek sembra aver risoluto, finalmente, l'annoso assillante problema della diagnosi biologica di gravidanza. Il consenso che questa prova riceve da studiosi di tutte le parti del mondo ne attesta la grande importanza. Se da un lato, però, la reazione biologica per la diagnosi di gravidanza proposta da Aschheim e Zondek costituisce un'acquisizione di sommo valore, non si può, d'altra parte, disconoscere che la tecnica della ricerca presenta una serie d'inconvenienti, derivanti dal fatto di dover usare, quale animale reattivo, la topina bianca prepubere. Sono state, pertanto, proposte diverse modifiche alla tecnica originale di Aschheim e Zondek. L'uso della coniglia, proposto da Friedmann, quale animale reattivo, costituisce una modifica che porterà la reazione di Aschheim e Zondek alla più grande affermazione pratica. L'O. ha impiegato coniglie adulte di 1200, 1800 gr. di peso. L'urina in esame veniva, preferibilmente, prelevata al mattino e veniva iniettata nella marginale dell'orecchio, previa centrifugazione o filtrazione Per quanto riguarda le dosi ha sperimentato sia con iniezione unica di 5,7 cc. sia con due iniezioni di 5 cc. ognuna, praticate a distanza di 24 ore. Prima della iniezione veniva constatato direttamente lo stato delle ovaie mediante laparotomia. La durata media della prova è stata di 48 ore. In qualche caso il risultato è stato positivo già dopo 36 ore, in qualche altro caso si è dovuto attendere fino a 72-96 ore. Le reazioni eseguite riguardano un totale di 55 casi così distribuiti:

12 casi con assenza sicura di gravidanza; 12 risultati negativi.

In questa serie è incluso un caso di tumore ipofisario in un ragazzo di 14 anni.

5 casi di diagnosi dubbia di gravidanza successivamente confermata; 5 risultati positivi.

In questa serie è incluso un caso in cui anche da altri clinici era stata fatta diagnosi di cisti ovarica e l'intervento fu rimandato solamente in base alla positività della R. A. e Z. nella coniglia. La stessa ricerca radiografica, eseguita tre mesi prima del parto, cioè al sesto mese di gravidanza era risultata negativa.

2 casi di gravidanza dubbia successivamente risultata assente: 2 risultati negativi;

36 casi di gravidanza certa: 34 risultati positivi dopo 48 ore; 1 risultato positivo dopo 72 ore; 1 risultato positivo dopo 96 ore.

Complessivamente l'O. può dire di avere ottenuto nell'inisieme delle sue esperenze il 100 % di

risultati esatti. Solo in due casi ha dovuto prolungare la durata della prova e iniettare un'altra dose d'urina. Con l'impiego della coniglia l'O. ritiene che la R. di A. e Z. possa senz'altro uscire dagli Istituti prettamente scientifici ed entrare nel campo della pratica dove costituirà una risorsa diagnostica di altissimo valore.

F. BUONOMO LA ROSSA.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'8 luglio 1932.

Presidente: Prof. GAIFAMI.

Prof. GIANNELLI. — Riferisce alcune sue *ricerche istologiche praticate su reni di cavia e di coniglio* e per i risultati ottenuti conclude che tubuli collettori e canali papillari del rene sono rivestiti da un epitelio con funzione secernente.

Prof. GIANNELLI. — Espone alcune particolarità strutturali rinvenute nella *mucosa di esofago di cavia.*

Prof. FERRANNINI. — Riferisce su un *caso di favismo osservato in Puglia.*
Interloquisce il prof. MALLARDI.

Prof. CECCARELLI. — Espone i risultati di alcune sue osservazioni *sulle formazioni ossee etero-topiche.*
Discussione: proff. GIANNELLI e MAGGIORE.

Prof. CECCARELLI. — Espone alcuni *casi di embrioidi del testicolo.*

Prof. RONZINI. — Riferisce i risultati ottenuti con *la citochol siero-flocculazione per la sifilide.*

Seduta del 20 luglio 1932.

Presidente: Prof. GAIFAMI.

Prof. CETRONI. — *Alcuni rilievi clinico-statistici sui tumori maligni dell'apparato genitale femminile.*

Prof. LATERZA. — *Alcune sue osservazioni sulla etio-patogenesi e terapia dei tumori maligni.*

Prof. TRAVAGLINI. — *Sui terreni culturali più adatti all'isolamento del bacillo della tubercolosi (ceppo bovino).*
Discussione: proff. RONZINI e SANGIORGI.

Prof. RONZINI. — *Risultati ottenuti in ricerche tendenti alla diagnosi batteriologica di tubercolosi delle vie urinarie.*
Interloquisce il prof. NISIO.

Dott. A. MILELLA. — *Risultati di alcune sue ricerche sul rapporto albumine-globuline nel siero di sangue dei cardiaci edematosi.*
Interloquisce il prof. GALLERANI.

Dott. S. BONOMO. — Comunica il successo ottenuto col pneumo-torace bilaterale simultaneo in *un caso di emottisi non localizzabile, ribelle alle comuni cure.*

Dott. S. URSO. — In una prima comunicazione espone le *modificazioni osservate a carico della secrezione gastrica dopo iniezioni d'insulina,* e in una seconda quelle dell'*azotemia e della formula leucocitaria osservate dopo fatica mentale.*
Discussione: proff. GALLERANI e FERRANNINI.

Prof. BIANCHINI. — Comunica alcune sue osservazioni in base alle quali è condotto ad assegnare al pulmone una funzione emo-cateretica ed una funzione emoblastica.

Dott. L. LENZI. — Riferisce di esser riuscito soltanto col metodo di Bielschowsky a mettere in evidenza l'intima struttura di un *tumore in una mummia.*
Interloquisce il prof. BIANCHINI.

Dott. RENZETTI. — Comunica di avere osservato su strisci di sangue di conigli iniettati con trypanblan tutte le forme di passaggio dalla cellula indifferente cromofila immatura al monocito cromofobo maturo.

Dott. P. TREROTOLI. — Ha studiato all'ultra-microscopio il comportamento qualitativo e quantitativo degli emo-coni in conigli e cani intossicati con veleni ematici.

Prof. BUONSANTI. — Illustra un caso di *appendicite erniaria.*

D. GARGASOLE.

Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini ".

Convegno regionale del 16 luglio 1932.

Presiede il prof. CANTIERI.

Il trattamento ortopedico delle paralisi infantili.

Prof. PALAGI (Firenze). — Conferenza illustrata con proiezioni, in cui vengono riassunti i diversi trattamenti cruenti ed incruenti per il trattamento delle deformità che seguono alla paralisi infantile.

L'O. insiste sull'opportunità di un trattamento tempestivo e quindi precoce, e insiste quindi sulla necessità che questi ammalati si trovino fino dal periodo acuto in osservazione ospitaliera.

Cinematizzazioni con tiranti nelle paralisi degli arti.

Prof. PELLEGRINI (Chiari). — L'O. nelle paralisi degli arti propugna:

1) motori plastici con tiranti anelastici esterni (Calandra, Pellegrini);

2) tiranti elastici interni (Lambotte), esterni (Pellegrini);

3) motori plastici e tiranti elastici associati (Pellegrini).

Sulla cura chirurgica ortopedica e gli esiti della paralisi infantile.

Dott. F. BARTOLI (Camerano, Ancona). — Per poter bene addivenire in tempo opportuno al criterio di un intervento chirurgico atto a ristabilire il perduto equilibrio statico e dinamico del tronco e degli arti paretici o paralizzati, bisogna che siano evitati nel modo più ristretto che sia possibile tutte le eventuali deformazioni scheletriche,

o di rapporto fra i vari elementi scheletrici, che altrimenti si verificherebbero se il malato fosse lasciato a sè senza le dovute cure preventive. Crede che il resultato migliore o peggiore di ogni operazione o della serie di più operazioni necessarie, sia in stretto rapporto con la cura preventiva che si deve attuare per impedire le nefaste prevalenze di un gruppo muscolare o di vari gruppi muscolari. Il mantenere una articolazione in stato di completa mobilità passiva equivale ad evitare noiose operazioni forzate o lente, e prepara alla più facile esecuzione delle eventuali aggressioni cruente indicate.

Occorre che il medico pratico conosca a fondo questi capisaldi della moderna chirurgia ortopedica, e sopra tutto occorre che il concetto sia divulgato allo scopo duplice di distogliere ammalati e parenti da facili illusioni e di preparare al clinico il suo compito definitivo nel modo più consentaneo.

Conviene con il prof. Palagi che i progressi in questo campo sono indiscutibili; specie per l'opera geniale dei grandi maestri italiani, ma vorrebbe che anche maggiori fossero se l'azione concorde ed armonica degli Enti e delle Associazioni corrispondesse ai desideri del Corpo sanitario, di non volere cioè il vedere nè storpi, nè paralizzati, nè deformi rimanere privi di quello che « la mente ed il cuore dei più insigni clinici potrebbe porre in atto per allontanare all'umanità i segni postumi della malattia in parola ».

Ricorda che l'Accademia Medico-Chirurgica del Piceno nella sua seduta del 21 febbraio u. s. dette voto unanime all'ordine del giorno presentato dal chiarissimo prof. A. Montanari, e si pregia di comunicarlo affinchè anche l'Accademia « Pacini » ne prenda atto, e qualora lo ritenga opportuno, lo approvi.

O. d. G. del prof. Montanari: « L'Accademia Medico-Chirurgica del Piceno, convinta dell'opportunità della ospedalizzazione dei malati di poliomielite acuta, opportunità riconosciuta anche dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica, fa voti affinchè gli Ospedali dei capoluoghi di Provincia siano provveduti del reparto pediatrico nel quale i piccoli degenti possano usufruire delle cure fisiche e ortopediche che il servizio sanitario ospitaliero è in grado di eseguire, affinchè possano essere eliminate nel miglior modo le conseguenze di questa grave malattia ».

L'Associaz. dell'Accademia Medica Pistoiese fa suo quest'ordine del giorno e l'approva all'unanimità.

Riunione del 7 agosto a Bagni della Porretta.

La solfoterapia del diabete.

Prof. CANTIERI (direttore Ospedale Pistoia). — Comincia dal sintetizzare i diversi momenti patogenetici del diabete. Ricordata la insufficienza pancreatica come base della patogenesi dimostra come i diversi punti da tenere presenti sono: la iperglicemia e glicosuria, la diminuzione di glicogeno nel fegato, l'iperazoturia, la lipemia, l'acidosi. Ricorda tutti gli studi di diversi autori, molti dei quali italiani, per dimostrare l'influenza dello zolfo sul ricambio degli idrati di carbonio e sui diversi momenti patogenetici ricordati della patologia del diabete.

Concludendo: lo zolfo, somministrato per bocca o per via ipodermica a deboli dosi. modifica il metabolismo degli idrati di carbonio sia nell'uomo che nell'animale, abbassando il tasso della glicemia e favorendo l'accumulo di glicogeno nel fegato. Questa azione è verosimilmente di ordine catalitico. Lo S. aumenta debolmente, ma in maniera costante la riserva alcalina del sangue dei diabetici e dei cani spancreatizzati, diminuisce debolmente la chetonuria e la chetonemia, diminuisce l'escrezione azotata, diminuisce l'insieme delle combustioni organiche, cioè a dire il metabolismo basale; per diminuzione del consumo di ossigeno.

Oltre che con lo zolfo in preparato farmaceutico, sono state fatte ricerche sperimentali e cliniche con le acque solforose con resultati lusinghieri. Tali studi tutt'ora in corso, meritano la massima attenzione. Espone i diversi punti di ogni studio in merito alla cura del diabete con acque solforose e tutta l'importanza di questa cura.

Esprime l'augurio che tutte le Società esercenti sorgenti solfurose aiutino e promuovano questi studi fornendo gratuitamente le acque a Cliniche ed Ospedali, e, se possibile, stabilendo luoghi di cura presso le sorgenti.

Manifesta il desiderio che le Terme di Porretta si pongano in prima linea in quest'ordine di studi.

Propone il seguente ordine del giorno che l'assemblea approva ad unanimità:

« L'Accademia medica Pistoiese, udita la relazione del prof. Cantieri sulla solfoterapia del diabete fa voti perchè tute le stazioni idro-minerali solforose ove non possano allestire luoghi di cura alle sorgenti, forniscano gratuitamente a cliniche ed a ospedali le acque solforose a scopo di ricerche cliniche sulla terapia del diabete ed aiutino con ogni mezzo l'attuazione di questi studi che mostrano di avere grande importanza pratica ».

Cartella radiologica.

Dott. MARIO ROMAGNOLI (Direttore dell'Istituto di Radiologia dei RR. Spedali di Pistoia e aiuto chirurgo). — Riferisce in merito alla *Cartella radiologica.*

Per il primo o tra i primi in Italia ha in questi giorni praticato l'esame radiografico a 400 bambini delle Scuole di Pistoia sottoposti anche ad esame clinico, oculistico e otorinolaringologico. Si ripromette di riferire in altra occasione il risultato definitivo dello studio dei radiogrammi, che è tutt'ora in corso; ma ritiene fino da ora di poter dire che tale studio sistematico ha permesso di rilevare delle lesioni in un certo numero di bambini. Dimostra come la cura conveniente di questi bambini oggi, può impedire di manifestarsi della malattia domani e dimostra anche in base al calcolo approssimativo, quanto ciò convenga anche dal punto di vista economico-sociale.

Propone che la cartella radiologica venga redatta sistematicamente agli alunni delle prime classi dei diversi corsi di studi: questo permette di seguire il soggetto lungo tutta la via della scuola e permette anche di vedere se e quale influenza possano avere gli studi sulla evoluzione o meno di lesioni specifiche polmonari. Dimostra che la spesa della radiografia può ridursi in termini relativamente modesti, e, trattandosi di spesa che per ogni alunno deve essere fatta una volta ogni certo numero di anni, può essere sostenuta in gran maggioranza dalle famiglie stesse, salvo l'intervento di Enti di beneficenza, nei casi di assoluta indigenza.

Viene proposto ed approvato il seguente ordine del giorno: « L'Acc. medica pistoiese, udita la relazione del dott. Romagnoli sui primi resultati della cartella radiologica eseguita a 400 bambini delle scuole di Pistoia unisce il suo voto a quello delle altre Accademie e Congressi esprimendo il desiderio che la Cartella Radiologica sia resa obbligatoria, ritenendo che essa costituisca uno dei capi saldi della profilassi e della lotta contro la tubercolosi ».

Timonucleinato sodico nella cura delle forme pneumonitiche acute.

Il dott. CESARE MELANI, aiuto medico negli Ospedali di Pistoia, riferisce a nome del dott. PIETRO TADDEI, assistente, attualmente assente. — Spiegata la natura chimica del preparato (Leucoplasi Serono) riporta i resultati ottenuti dal trattamento di pneumonitici nel reparto medico diretto dal prof. Cantieri nel triennio 1930-31-32 esponendo sia i casi che sono andati bene che quelli andati male e facendo il confronto con gli altri casi trattati nello stesso periodo di tempo con cura sintomatica.

I resultati definitivi sono così riassunti: trattati con Leucoplasi nel 1930, mortalità 25 %; non trattati 10 %; trattati con Leucoplasi nel 1931, mortalità 5,2 %; non trattati 23 %; trattati nel 1932, mortalità 52 %; non trattati 71 %.

I buoni risultati, oltre che dalle percentuali di mortalità, sono dimostrati anche dal miglioramento nelle condizioni generali dei singoli infermi. *Il Segretario*: CAPECCHI.

Società Medico-Scientifica del Centro Sanatoriale di Arco.

Seduta del 19 giugno 1932-X.

Presidente: prof. C. ARRIGONI.

Collassoterapia polmonare bilat. da intervento chirurgico.

Prof. CURTI. — L'O. presenta 10 casi di frenicoexeresi bilaterale da lui praticati fin dal 1924. Indicazioni a tale intervento sono state le forme bilaterali a tendenza fibrosa, cronicizzanti, con persistenza di una certa elasticità polmonare nelle quali era impossibile l'istituzione di un pnx bil. I risultati immediati sono stati generalmente buoni, quelli a distanza non sempre confortanti. L'O. conclude che la collassoterapia bilaterale da frenicoexeresi, pur avendo un campo più ristretto di quella pneumotoracica, può arrecare un beneficio immediato se pur non sempre duraturo.

Discussione: D.ri BERGER e TAPPAINER.

Contributo alla cura delle affezioni pleuro-polmonari con l'oleotorace.

D.ri DECLEVA e BERGER. — Gli OO., dopo aver esposte e discusse le varie indicazioni dell'oleotorace finora proposte, espongono i risultati da loro ottenuti e concludono che l'olx trova la principale sua indicazione nei casi di empiema tubercolare ove dovrebbe venir sempre tentato, specie poi quando altri tentativi sieno riusciti inefficaci, potendosi con esso evitare interventi chirurgici certamente più arrischiati. Esso agisce direttamente sull'affezione purulenta della pleura e solo in via indiretta sull'affezione polmonare, mai potendo essere la sostituzione di un pnx. Onde evitare spostamenti, perforazioni ed altre complicazioni è necessario mantenere sempre nei varî rifornimenti di olio la cosidetta « pressione neutra ». Durante tutto il corso della cura bisogna osservare frequentemente l'ammalato anche allo schermo radiologico per regolare gli intervalli tra le varie oleo-toracentesi. Quando si osserva che il versamento da purulento si fa sieroso limpido, è utile ritornare alla formazione di un pnx. Ciò però non sempre riesce in quanto l'olio può aver prodotto una sinfisi pleurica con conseguente riduzione od obliterazione parziale della cavità.

Discussione: prof. CURTI.

Variazioni di peso nei malati di petto in un anno di cura sanatoriale ad Arco.

Dott. CROSINA. — Dall'osservazione delle variazioni di peso nei malati di petto da lui osservati durante un anno, l'O. conclude che tutti gli ammalati ed in ogni stagione hanno presentato un aumento di peso, la cui media mensile è di 1 kg. nell'inverno e nelle mezze stagioni, di 1/2 kg. nei mesi estivi.

Discussione: prof. CURTI.

Sulla diagnosi differenziale fra grossa caverna superficiale e pneumotorace saccato spontaneo ed artificiale.

Dott. MALOSSINI. — Espone l'eventualità di un dubbio diagnostico sia all'esame clinico che a quello radiologico tra pnx e caverna e riferisce su due casi personali nei quali si potè venire alla conferma di una di queste ipotesi ricorrendo alla prova manometrica ed alla istituzione di un « pnx diagnostico ». Rileva la non infrequente possibilità di ottenere un pnx spontaneo nei tentativi di istituire quello terapeutico.

Sopra un nuovo metodo per favorire il riassorbimento degli essudati pleurici.

Dott. ENRICO. — L'O. passati in breve rassegna i varî metodi di cura delle pleuriti essudative complicanti il decorso di un pnx, propone un nuovo metodo consistente nell'introduzione di 5-20 cc. di olio canforato, 20 % nel cavo pleurico. L'O. ha praticato questo metodo con buon risultato in 35 casi di versamento parapneumotoracico e ne spiega l'effetto curativo colla virtù inibitrice dei vapori di canfora sullo sviluppo dei germi e col forte potere antiputrido ed antifermentativo dell'olio canforato.

Discussione: Dott.ri BERGER e DECLEVA; prof. ARRIGONI. *Il Segretario*: Dott. G. DECLEVA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La colibacillosi urinaria di origine intestinale.

H. Gahlinger (*Bruxelles méd.*, giugno 1932) rileva che le lesioni della colibacillosi urinaria riguardano sia l'intestino che i reni e la vescica. Si deve quindi tener conto di entrambi i fattori per portare una terapia efficace.

È pertanto necessario dapprima stabilire la varietà di colite, se cioè sia fermentativa o putrefattiva. A tale scopo, nulla di meglio secondo l'A. che il dosamento degli acidi organici di fermentazione e dell'ammoniaca di putrefazione col metodo Goiffon. Normalmente i primi corrispondono a circa 15 cmc. di soluzione normale e la seconda a 3-4, sempre riferiti a 100 grammi di feci.

Generalmente, sono le coliti di fermentazione che determinano lo sciamamento dei *B. coli* e, quindi, la colibacillosi. Ad ogni modo, in base al reperto coprologico, si stabilirà il regime che sarà il seguente: 1) nelle forme acide di fermentazione soppressione dei legumi verdi e delle frutta, almeno sul principio, diminuzione degli idrati di carbonio, aumento delle carni, del pesce e del formaggio; 2) nelle forme di putrefazione, soppressione o diminuzione degli albuminoidi e della carne, aumento degli idrati di carbonio, dei legumi verdi e delle frutta.

Per quanto riguarda le ripercussioni urinarie, tenuto conto che il *B. coli* vive sopratutto bene in un ambiente vicino alla neutralità, si dovrà evitare l'errore di prescrivere, p. es., da un lato un regime vegetariano che alcalinizza e, dall'altro, degli acidificanti, come l'acido fosforico od il cloruro di calcio o di ammonio. Ci si deve quindi decidere per l'uno o per l'altro tipo di regime, nel senso dell'acidità o dell'alcalinità (in base al tipo di colite) senza poi turbare tale cambiamento di reazione con delle terapie inopportune. Tenere poi presente che l'urotropina è inattiva in mezzo che non sia acido e che, se si vuole ottenere un'acidificazione, è necessario di evitare l'eccessiva diuresi, che impedisce la concentrazione urinaria. *fil.*

Tre casi mortali d'infezione del bacillo piocianeo.

B. S. Kline e A. S. Maschke (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 13 febbraio 1932) descrivono dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico, tre casi batteriologicamente accertati di infezione da *B. pyocianeo*. Tutti e tre i casi ebbero un decorso caratterizzato da aspetto tossico del malato e da prostrazione grave. Due decorsero acutamente ed uno cronicamente.

Tutti e tre terminarono con broncopolmonite. Fu costante la presenza di lesioni gangrenose della regione ano-genitale. Il quadro ematico dimostrò leucopenia in due casi, agranulocitosi in un caso. Il reperto anatomo-patologico dimostrò numerosissime colonie di germi intorno alla lesione primaria ano-genitale e disseminazione embolica ovunque e, specialmente, nelle mucose e nei polmoni.

M. TORRIOLI.

I versamenti ematici nella cavità.

Heusser e Stöifel. (*Dsch. z. Chir.*, 1930) hanno studiato sperimentalmente il comportamento del sangue nelle cavità del corpo, sopratutto nel cavo peritoneale. Essi hanno notato alterazione negli indici della viscosità del punto di congelazione e sopratutto della resistenza globale delle emazie. Essi sostengono che si altera in modo che con grande facilità va incontro a processi di coagulazione, formando rapidamente trombi nei vasi. Pertanto la reinfusione di sangue come si fa ad esempio sugli emoperitonei — di cui è tipo i casi di gravidanza tubarica rotta — non sarebbero senza pericolo e gli AA. mettono in guardia i chirurghi. V. GHIRON.

Gli ematomi mediastinici nelle fratture vertebrali.

A. Eiselsberg e Gold (*Dsch. Z. f. Chir.*, 1931) riportano tre casi osservati nella Clinica di Vienna di fratture della vertebra nella regione dorsale nei quali si erano formati ematomi a carattere e dimensione identica agli ascessi ossifluenti del Morbo di Pott. Infatti sulla base dell'ombra radiologica di questa raccolta era stata fatta diagnosi di morbo di Pott in uno di questi casi in cui i sintomi di frattura erano decorsi in modo poco chiaro e senza richiamare l'attenzione del medico.

Peraltro l'ematoma si comporta generalmente in modo rapido (3-4 settimane).

Gli AA. tengono a mettere in rilievo questo sintomo anche dal punto di vista della pratica per quanto riguarda la cura chirurgica.

V. GHIRON.

Un caso di ematoma spontaneo della parete addominale.

I casi di ematoma spontaneo della parete addominale finora descritti sono 43. L'ematoma della parete addominale può simulare qualsiasi sindrome addominale. Come fattori etiologici possono intervenire lues, arteriosclerosi, e fattori indebolenti la resistenza e la elasticità dei vasi. Però secondo l'A. la massima importanza è da attribuire all'addome pendulo, specie in persone anziane e in donne che abbiano avuto molti parti. Il meccanismo di azione sarebbe dovuto alla torsione sul piano muscolo-aponeurotico da parte del grasso pendente.

Discutibile è se il fattore primario sia una malacia dei vasi o del muscolo.

Kuhle (*Münch. med. Wschr.*, XXVIII, pag. 1650), riporta un caso: Donna anziana con addome pendulo-sindrome appendicolare: addome teso, dolentissimo alla pressione, difesa in tutti i quadranti. Nel quadrante inf. di D. si palpava una massa grossa, non spostabile, dolente. Temp. 37,6, polso 105. All'atto operativo si rinvenne al taglio pararettale un enorme ematoma della guaina del retto che si estendeva fino alla sinfisi pubica. Organi addominali intatti. Chiusura del peritoneo. Vuotatura dell'ematoma. Chiusura per prima.

L'A. insiste sull'importanza di tali forme che sono assai rare, ma possono facilmente trarre in una diagnosi sbagliata, dando luogo a sintomatologie identiche a quelle delle più svariate affezioni acute dell'addome.

A. CALÒ.

Il trattamento della cellulite.

Gli individui affetti da cellulite sono il più spesso degli artritici, degli intossicati da gotta uricemica od ossalica, spesso, ma non sempre, degli obesi; spesso degli epatici, oppure invece, degli individui con infezioni lente soprattutto di origine intestinale.

Il terreno su cui si svolge tale affezione è frequentemente preparato da insufficienze ghiandolari (specialmente ovariche) o da sregolatezza nervosa (emozioni, sovraffaticamento, eccitazione nervosa permanente delle grandi città). Vi sono poi cause locali, che fissano la cellulite in un punto determinato, particolarmente d'indole vaso-motoria, derivanti da un'eccitazione nervosa; tenere soprattutto presenti le cicatrici operatorie addominali, nelle donne a sistema genitale più o meno alterato.

La terapia deve dunque, come consigliano G. Laroche e L. Meurs (*Paris médical*, 5 dic. 1931) tentare di modificare lo stato generale (cura della diatesi, cure idrominerali, opoterapiche, ecc.), ma deve essere soprattutto locale. *Il solo trattamento efficace è il massaggio*, che però deve essere dosato, sorvegliato ed applicato a dovere, altrimenti provoca reazioni dolorose e disturbi generali.

Deve essere leggero, dolce e variare secondo le reazioni del malato; la comparsa di una reazione vasomotrice, la stanchezza del malato o la ricomparsa dei dolori comandano la sospensione ed il distanziamento delle sedute. Non può quindi riuscire che in mani abili e guidate da uno spirito di osservazione medica.

Si consiglierà un'attività moderata e, meglio ancora, la vita all'aria libera e si farà ogni sforzo per creare attorno al malato un'atmosfera di calma, di tranquillità; nella buona stagione, sarà utile l'uso prudente del sole e del caldo, in quanto che l'aria fredda ed umida è dannosa.

Il provocare un'abbondante diuresi aiuta la cura di disintossicazione. *fil.*

L'uso di vitamina B in casi di edema.

Per primo, osserva D. W. Carmalt-Jones (*Brit. Med. Journ.*, 27 febbraio 1932), nel 1918 Wenckebach, studiando il cosidetto « cuore da beri-beri », dimostrò che in alcuni casi di insufficienza ventricolare destra del cuore da beri-beri, il grave stato edematoso non tanto risentiva da un appropriato trattamento cardiaco, quanto piuttosto dall'uso di vitamina B. Partendo da una tale osservazione l'A. tentò l'uso di vitamina B in altri casi in cui lo stato generale degli edemi era particolarmente grave e non aveva risentito beneficio da altri e più comuni trattamenti: trattò cioè con Vitamina B, gravi casi di edemi cardiaci in soggetti con scompenso irriducibile, e che dimostrarono di risentire favorevolmente dal trattamento vitaminico, casi di edemi in corso di anemia perniciosa ritraendone i più favorevoli risultati, e infine casi di edemi di varia natura e origine con effetto soddisfacente. Sembra che i risultati siano particolarmente legati al fattore B_1 della vitamina B, essendo il fattore B_1 il fattore antineuritico ed il fattore B_2 il fattore antidermatitico; questi fattori sono anche contenuti nel fegato fresco che contiene, cioè, tutta la vitamina B, mentre gli estratti epatici contengono prevalentemente il fattore B_2. Il fattore B_1 è contenuto anche in una particolare sostanza preparata dal riso e che va nelle Isole Filippine, ove viene preparato da quel Governo, sotto il nome di tiki-tiki. Ed infatti l'A. ottenne effetti più netti e favorevoli usando questo tiki-tiki: e dal risultato ottenuto in casi di anemia perniciosa, l'A. crede opportuno associare all'uso degli estratti epatici, contenenti prevalentemente il fattore B_2, anche l'uso del fattore B_1 (tiki-tiki); anche piccole dosi di questa sostanza hanno influenza su altri sintomi dell'anemia perniciosa e precisamente sulla diarrea, che sembra essere la prima a risentirne favorevolmente.

L'A. pensa addirittura che la vitamina B, la quale esplica un'azione diuretica in senso lato, abbia particolare significato e forse valore specifico nel trattamento degli edemi che accompagnano l'anemia perniciosa.

CHINI.

Contributo allo studio delle distrofie muscolari progressive.

Dopo aver riferito la storia di tre fratelli, affetti da distrofia muscolare progressiva, in uno dei quali i primi sintomi della malattia erano già evidenti fin dal dodicesimo mese di vita, A. Chioffi (*Clinica ed Igiene Infantile*, gennaio 1932) fa una breve discussione diagnostica dei casi riferiti e alcune considerazioni sulla varietà clinica nella quale essi possano inquadrarsi.

L'A. quindi richiama l'attenzione sopra alcune particolarità presentate dagli infermi, e

sopratutto sulla presenza di alterazioni del sistema endocrino, e specialmente della tiroide, nella madre e in tutti i tre i fratelli ammalati.

Ricorda in proposito la teoria endocrina delle miopatie, e in base alle precedenti osservazioni di vari studiosi, e alle speciali alterazioni riscontrate nei casi personali in esame, ritiene fondata l'ipotesi di coloro che considerano l'elemento endocrino, non causa unica e fondamentale della malattia, ma fattore coadiuvante di grande importanza che si deve prendere nella maggiore considerazione.

NERVI.

Intervento precoce nel torcicollo muscolare congenito.

D. Bargellini (*Chirurg. organi di movimento*, n. 5, 1931) avendo operato tre torcicolli di poche settimane con ottimi risultati, conclude che il torcicollo muscolare congenito, quando riveste caratteri di notevole gravità, offre l'indicazione della cura chirurgica precoce per le seguenti ragioni:

1) perchè essa è senza pericoli;

2) corregge il difetto;

3) evita cure preventive quasi sempre inefficaci;

4) ovvia l'istituirsi e l'accentuarsi dell'asimmetria cranio-facciale e della scoliosi;

5) non richiede cure consecutive prolungate e severe. R. GRASSO.

Il trattamento dell'eczema genitale.

Deve essere diretto contro l'iperidrosi locale e contro l'eczema stesso (o la dermatite intertriginosa).

Nelle *manifestazioni umide*, spennellature con soluzione di nitrato d'argento al 2-5 % ed impacchi umidi permeabili con resorcina al 0,25 % o con acido borico a 1 %: riposo per quanto è possibile. Cessate le manifestazioni umide, applicazione nelle pieghe di striscie con unguento diachilon; per mantenerle bene, mettere delle mutandine da bagno od un dispositivo del tipo adottato per il periodo mestruale.

Cessati i fenomeni infiammatori acuti, spennellare le eventuali ragadi con nitrato d'argento al 5 %, consigliare dei semicupi con permanganato di potassio o decotto di corteccia di quercia ed applicare polveri con tannoform o vasenoloform al 10%.

Evitare i contatti delle pieghe cutanee, introducendovi delle strisce di vecchia biancheria di lino ben lavata. Dopo la defecazione, accurata pulizia delle regione anale, con applicazione di polveri. Evitare le lunghe passeggiate a piedi ed in bicicletta.

Moncorps (*Münch. med. Wochens.*, 8 luglio 1932) consiglia inoltre il trattamento dell'iperidrosi locale mediante i raggi X, rilevando però che spesso viene considerata come iperidrosi la semplice umidità della rima genitocrurale. Non raramente si tratta di irritazione per secrezioni anali (nodi emorroidali, vermi) o dai genitali femminili.

In qualche caso le manifestazioni pure migliorando non mostrano tendenza alla guarigione: si tratta allora di epidermofizie (*eczema marginatum*) che, a causa della loro origine micotica vanno trattate con altri mezzi (soluzione alcoolica al 5 % di acido salicilico, oppure Tintura di ratania e simili). *fil.*

La terapia del linfogranuloma inguinale.

H. Löhe e H. Rosenfeld (*Med. Klinik*, 23 giugno 1932), oltre al completo riposo in letto, hanno trovato utili le inizioni endomuscolari di Solganal (un preparato d'oro del genere della sanocrisina), usando la sospensione oleosa, che è ben tollerata.

Dosi. Per la prima iniezione, 1 cmc. della soluzione al 2% (corrispondente a 2 cg.); poi la soluzione al 20% (0,2; 0,3; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6). Distanza delle iniezioni, dapprima ogni 5 giorni, poi bisettimanalmente, fino ad un totale di g. 1 e ½.

Già dopo 2-3 iniezioni, si osserva miglioramenti; retrocessione del bubone senza formazione di pus, molto più spesso di quanto si osserva senza cura. Nei casi in cui, per l'interruzione della cura, si era formato l'ascesso, la ripresa del solganal portò a scomparsa dei fenomeni. In casi in cui si era avuto con altre cure un miglioramento che poi si era arestato, la somministrazione del solganal portò alla guarigione.

Importante è iniziare la cura al primo studio essa è controindicata nelle lesioni renali e nelle dermatiti. *fil.*

Nelle emorragie da estrazione dentaria.

Janson (*Med. Welt*, 9 luglio 1932) ha avuto occasione di osservare spesso delle gravi emorragie dopo l'estrazione dei denti, tanto da produrre in alcuni delle vere anemie.

Per ovviare a questo inconveniente, egli consiglia di mettere nella cavità di strazione uno stuello di garza jodoformica e di applicarvi poi un piccolo turacciolo di sughero della grandezza adatta, preventivamente bollito. Esso deve sporgere per un paio di centimetri. Lo si introduce a forza, si spennella la gengiva con della tintura di jodio e si ordina al paziente di serrare bene le mascelle.

In tal modo, ha potuto ovviare a qualsiasi emorragia. Il turacciolo deve essere di grandezza adatta ed agire come un cuneo.

fil.

Nell'avvelenamento da sublimato corrosivo.

E. Cenini (*Gazz. osped. e clin.*, 24 apr. 1932), ha trattato con successo un caso di avvelenamento per sublimato corrosivo (due pastiglie) mediante iniezioni endovenose di soluzio-

ne ipertonica di tiosolfato di sodio e glucosio: cg. 60-75 di tiosolfato in 10 cmc. di acqua e glucosio al 20 % (20-40 cmc.), somministrando anche per os del sottonitrato di bismuto e del carbonato di bismuto, in cartine, rispettivamente con 25 e 75 cg. (6-8 pro die).

Complessivamente ha dato: g. 11,75 di tiosolfato di sodio; 300 cmc. di soluzione glucosata e g. 25 di bismuto.

Con tale metodo, ha evitato l'anuria e le complicazioni enteriche; il vomito commisto a sangue e le feci sanguinolenti non si osservarono più dopo il terzo giorno; la lesione renale andò man mano risolvendosi. Il malato, dopo 40 giorni lasciava l'ospedale in ottime condizioni, con urina senza albumina ed esame microscopico negativo. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Immunità alla tubercolosi. Rapporto fra allergia cutanea e resistenza all'infezione tubercolare dopo la vaccinazione con B. C. G.

Johannes Heimbeck (*Arch. of Int. Medec.*, giugno 1932) ha osservato fin dal 1926 che le allieve infermiere con cutireazione positiva alla tubercolina hanno maggiore resistenza alla infezione tubercolare di quelle con cutireazione negativa e che nelle infermiere con cutireazione negativa si può avere positività della cutireazione dopo iniezione di B. C. G. Dal gennaio 1927 nell'ospedale di Oslo si praticano sistematicamente le iniezioni di B. C. G.

Ogni anno ci sono circa 120 nuove allieve infermiere, di cui il 50 % ha cutireazione negativa. Nei tre anni di corso esse sono esposte all'infezione tubercolare prestando servizio a turno in reparto con 300-400 tubercolotici.

In 5 anni di osservazione fu sempre trovato un rapporto fra cutireazione e immunità alla tubercolosi: su 454 con cutireazione positiva ci furono 12 casi di tubercolosi, mentre ce ne furono 75 su 253 con cutireazione negativa.

Fra 137 vaccinate dal 1927 al 1929 ci furono 6 casi di tbc., e fra 70 vaccinate nel 1930-1931 ci furono 14 casi di tbc.

Nelle allieve a cutireazione negativa, questa divenne positiva in 104 e si mantenne negativa in 60; fra le 104 divenute positive si ebbero 3 casi di tbc.; fra le 60 rimaste negative se ne ebbero 16.

Nei vaccinati con B. C. G. ci sono variazioni individuali sia nella reazione alla vaccinazione sia nei fenomeni allergici consecutivi. Questo dipende tanto dai singoli individui quanto dal vaccino; ci furono, difatti, differenze nette fra il gruppo dei vaccinati fino al 1929 e quello dal 1930 in poi, nel senso che nel 2° gruppo l'immunità da B. C. G. è stata più scarsa (tenendo conto della positività della cutireazione). Se la cutireazione rimane negativa dopo vaccinazione con B. C. G., l'A. consiglia la rivaccinazione. R. LUSENA.

Il disfacimento dei bacilli tubercolari e delle spirochete, e la dipendenza delle manifestazioni morbose dall'antigene modificato.

Tanto il bacillo della tubercolosi quanto la spirocheta della sifilide non rappresentano, secondo S. Bergel (*Die Med. Welt.*, n. 22, 28 maggio 1932), un quadro unitario, poichè il loro corpo possiede una costituzione morfologica e chimica complicata.

Le singole forme di disfacimento di tali germi possono infatti essere osservate direttamente, colorate, e in parte anche identificate chimicamente, microfotograficamente e cinematograficamente.

Gli ultimi frammenti loro sono così piccoli, da resultare quasi invisibili, attraversando i comuni filtri.

Ma in favorevoli condizioni di vita, e in mezzo appropriato, tali resti di germi possono di nuovo svilupparsi nelle forme primitive, compiendosi allora l'accrescimento in maniera opposta a quella per cui si era prodotta la suddivisione, come è stato descritto ed illustrato dall'A.

Le ghiandole linfatiche tubercolose e sifilitiche, nelle quali non possono essere dimostrati i germi con i metodi usuali, provocano tuttavia le manifestazioni morbose caratteristiche in altri animali. Nelle porzioni linfocitarie delle ghiandole linfatiche, nei tessuti infiltrativi ricchi di linfociti e negli essudati è raro il reperto di germi interi, mentre invece si scorgono con frequenza le loro forme di disfacimento, a mo' di granuli in serie od isolati, colorabili con metodi speciali.

Gli svariati componenti chimici dei bacilli tubercolari e delle spirochete della sifilide provocano, a causa delle loro differenti proprietà antigene, la comparsa di prodotti reattivi e di manifestazioni egualmente differenti. In particolare, poi, le reazioni provocate dalle sostanze grasse e lipoidee di rivestimento del germe nei primi periodi della malattia sono diverse da quelle provocate nei periodi tardivi dalle porzioni interne più ricche di albumine.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della psoriasi. — All'abb. n. 5678:

La cura della psoriasi con il liquore arsenicale del Fowler o con le così dette pillole asiatiche è di data tutt'altro che recente e, a parte le controindicazioni dell'arsenico in genere nelle forme, rare per altro, con esplosione acuta di eruzioni diffuse con elementi umidi accompagnati da fenomeni generali, non ha mai dato risultati costanti. Non si comprende perchè l'uso successivo dei due preparati, secondo il metodo a cui accenna l'abbonato, dovrebbe dare successi più sicuri che non

adoperando l'uno o l'altro dei preparati stessi. Non consta che il metodo di cui sopra sia stato sperimentato da altri su larga scala e con risultati egualmente favorevoli: ad ogni modo non è male ricordare che ottenere la scomparsa delle manifestazioni psoriasiche non vuol dire guarigione della psoriasi, nella quale spesso è dato vedere l'insorgere di nuove gittate eruttive dopo periodi, anche lunghi, di remissione più o meno completa.

V. MONTESANO.

Tossicità della biacca. — All'abb. N. 2258:

Esistono scarsissimi dati sulla dose tossica della biacca, per ciò che riguarda l'avvelenamento acuto e se ne comprende la ragione, in quanto che tale sostanza non viene usata per via interna e quindi l'eventuale avvelenamento non può essere attribuito che ad errore, come nel caso da lei citato (pesce fritto con biacca invece che con farina). Ad ogni modo, i sali di piombo non hanno una tossicità molto elevata, nel senso di provocare avvelenamenti acuti, tanto che per il sale più solubile (acetato di piombo) si citano esempi in cui esso è stato ingerito in quantità di 25-30 grammi senza determinare fenomeni gravi e si calcola che la dose mortale si aggiri sui 50-60 grammi. La dose tossica varia secondo varie condizioni. Sarebbe interessante conoscere le modalità del caso da lei osservato. *fil.*

VARIA.

I volontari del sangue.

La trasfusione del sangue si è venuta diffondendo in questi ultimi anni e conta ormai al suo attivo molte vite salvate. Sono a tutti note le cautele di cui ci si deve circondare per assicurarsi che il prezioso dono, che il datore di sangue fa della parte più viva di sè stesso, non costituisca un danno per il paziente a cui si inietta; basti rammentare la diversità dei gruppi sanguigni e la possibile presenza di malattia, specialmente la tubercolosi e la sifilide.

Da ciò la necessità che ogni datore sia in precedenza ben noto in tutte le sue particolarità anche per evitare una perdita di tempo che toglierebbe alla trasfusione il suo carattere di soccorso immediato, per cui essa si rende particolarmente utile. Si sono costituite a tale scopo specialmente agli Stati Uniti delle leghe di datori di sangue. Molto opportunamente e con elevato spirito di carità fraterna, il dott. Vittorio Formentano di Milano ha pensato a togliere alla donazione del sangue il carattere di mercimonio, che può metterla in una luce poco simpatica ed ha fondato l'Associazione dei « Volontari del sangue », una nuova « Santa milizia », pronta al sacrificio di sè stessa per soccorrere chi soffre.

Strette regole, più severe che quelle degli ordini monastici e tanto più difficili ad osservarsi nella vita varia e tumultuosa dell'oggi, impongono a questi volontari una rigida disciplina. Obbligo di prestarsi in qualunque momento a dare il proprio sangue e soltanto per il tramite dell'Associazione; obbligo di lasciare sempre il proprio recapito, di denunciare qualsiasi malattia o disturbo. Donazione del sangue sempre anonima, divieto assoluto di ricevere denari o compensi di sorta, oltre a tutte le regole d'indole sanitaria, fra cui l'obbligo della Wassermann ogni 3 mesi. Soltanto anime nobili, dotate di un sublime spirito di sacrificio possono accettare simili patti, che circondano la loro donazione di una aureola di bellezza e di bontà.

Sorta in Milano nel 1927, l'Associazione raccoglie circa 2000 iscritti, in 28 Sezioni, di cui 15 nell'Italia Settentrionale, 6 nella Centrale e 7 nella meridionale. Le sezioni più numerose sono quelle di Milano e di Torino, rispettivamente con 200 e 353 soci; le trasfusioni sono fissate rispettivamente 161 e 321; la quantità di sangue trasfusa ha raggiunto, per Milano oltre 41 litri ed oltre 84 per Torino.

Fra i donatori, il 66 % è costituito da uomini fra i 25 ed i 40 anni (non vi manca un arzillo settantenne). Vi troviamo il 50 % di celibi, il 12 % di nubili, il 30 % di ammogliati, il 4 % di maritate. Per quanto riguarda le professioni, la categoria più numerosa è quella degli operai ed artigiani, col 45 % (nelle sezioni di Milano e Torino sono rispettivamente il 54 ed il 72 %); seguono gli impiegati col 28 %, i professionisti col 15 % e gli industriali ed i commercianti col 7 %.

La ripartizione professionale potrebbe prestarsi a considerazioni di vario genere. Nella Sezione di Milano, troviamo un'intera squadra di pompieri ed un gruppo di operai di una grossa Ditta.

Nobile l'iniziativa, commovente lo slancio con cui questi generosi hanno risposto all'appello. E tutti debbono aiutare quest'opera di elevata pietà, cercando almeno di diffonderla. Ampie notizie in proposito potranno trovarsi nella recente pubblicazione di V. ed E. Formentano (1), da cui abbiamo desunto i dati sopra citati e che contiene la storia, la descrizione dell'organizzazione, il regolamento, i pareri di Maestri e di varie personalità, nonchè molte altre utili informazioni. *fil.*

---

(1) *Volontari del sangue. Cose dette e cose fatte.* Un vol. in-16°, di 103 pag. con fig., Milano, 1932. Il libro è posto in vendita al prezzo di L. 10 presso la sede dell'Associazione (A.V.I.S., in Via Moscova, 18, Milano) ed a beneficio dell'Associazione stessa.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA(*).

Risposte a quesiti per questioni di massima.

61° *Dottor M. F.* — La Commissione deve essere costituita da tre professionisti: non è necessario che siano liberi esercenti nè il medico condotto dello stesso Comune è giuridicamente incompatibile, qualora non risulti che abbia particolare interesse agli effetti della nomina del titolare di altra condotta.

Si può ricorrere contro la deliberazione di nomina anche per vizio della graduatoria, qualora risulti dal verbale una causa di illegittimità del giudizio della Commissione: o perchè non siano stati stabiliti criteri di massima o tutti i titoli non siano stati esaminati o la conclusione sia illogica, ecc., ecc.

62° *Dottor M. S.* — Il contributo a favore dell'Opera Universitaria è stato aumentato a L. 250, ed è stato stabilito l'obbligo del pagamento integrale. Perciò si tiene conto delle rate già versate e si deve ora pagare la differenza fra l'importo di quelle e la somma di L. 250.

63° *Dottor C. G.* — La ritenuta per l'I.N.I.E.L. deve essere pagata in rapporto allo stipendio effettivo, cioè quello risultante dalla riduzione del 12 %. Non si considera, invece, il contributo alla Cassa di Previdenza. La R. M. è dovuta ugualmente in rapporto al reddito, cioè allo stipendio effettivo ridotto del 12 % e non delle ritenute per la Cassa di Previdenza e per l'I.N.I.E.L.

64° *Dottor A. P.* — Si ritiene applicabile, per analogia, ai sanitari condotti la disposizione dell'art. 96 del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale: conseguentemente, qualora si concorra a posti vacanti in più Comuni, ancorchè appartenenti a Provincie diverse, si devono presentare tante domande quanti sono i concorsi, unendo ad una sola di esse i documenti originali o le copie debitamente autenticate e a ciascuna delle altre un elenco redatto in carta bollata, da rilasciarsi dal Sindaco col visto del Prefetto

L'elenco deve contenere la descrizione specificata di tutti i documenti.

65° *Dottor B. A.* — Il contributo alla Opera Universitaria è dovuto anche da coloro che conseguirono la laurea prima del 1923, purchè, s'intende, siano iscritti nell'albo professionale.

66° *Dottor T. B.* — L'incarico della vigilanza igienica deve essere dato con provvedimento del Prefetto, non dal Podestà. Questi può, se mai, fare proposte o esprimere un parere. Nel caso da Lei indicato, sembra ovvio che l'incarico sia conferito al titolare della condotta.

67° *Dottor F. C.* — La giurisprudenza del Consiglio di Stato ammette costantemente, malgrado le note istruzioni ministeriali, che il Podestà possa scegliere discrezionalmente uno dei concorrenti dichiarati idonei, senza osservare l'ordine della graduatoria.

Però il Ministero ha obbligato il Podestà a nominare il primo graduato. Qualora egli creda di dover provvedere diversamente, deve preventivamente comunicare al Prefetto i motivi che giustificano la esclusione del primo o dei primi graduati. Ferma rimanendo la giurisprudenza in sede giurisdizionale, il Podestà non può ribellarsi all'ordine delle autorità superiori. È, quindi, da ritenere che nel caso da Lei indicato, se il Podestà non osserva l'ordine della graduatoria, debba essere, praticamente, autorizzato dal Prefetto. La scelta così rafforzata sarebbe legittima perchè il relativo potere è ammesso dalla giurisprudenza, e l'esercizio di esso è riconosciuto legittimo anche dal Prefetto.

Se il concorrente nominato accetta, assume servizio e poi si dimette, si deve provvedere al nuovo concorso perchè gli effetti dell'altro sono esauriti.

68° *Dottor A. F.* — Se il concorrente non accetta la nomina, non si può considerare esaurito il concorso. L'amministrazione può ed è anzi da ritenere che debba nominare altro concorrente.

Può ricorrere contro il provvedimento definitivo di nomina anche per vizio della graduatoria, cioè del giudizio della Commissione. Il termine è di sessanta giorni e decorre dalla data della notificazione della deliberazione di nomina o dalla data della conoscenza del provvedimento stesso risultante i nmodo positivo da atti formali della stessa parte. Se il termine di sessanta giorni fosse decorso, potrebbe ricorrere in via straordinaria: per questo rimedio il termine è di giorni 180.

69° *Dottor D. B.* — Il capo esercente dell'Impresa è obbligato a remunerare le prime immediate cure, cioè quei soccorsi urgenti che sono necessari sinchè l'infortunato sia messo in condizioni di cura normale. Sulla base di questo criterio, può giudicare Lei se, in quel caso, l'opera da Lei prestata fosse urgentissima. Fuori dei limiti dell'obbligo del capo esercente, l'infortunato ha diritto alla cura gratuita se è iscritto nell'elenco dei poveri, altrimenti deve pagare l'onorario.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Arcevia (*Ancona*). — Condotta residenz. della Frazione Palazzo. L. 9000 lorde; indenn. trasporto L. 3000 (auto o cavallo), L. 2000 (motocicletta), L. 1000 (bicicletta) con riduz. del 12 %. Età massima a. 40, salvo eccezioni; nel certificato di buona condotta, espressa menzione di non aderire ad associazioni od organizzazioni tendenti a sovvertire l'ordinamento politico dello Stato o svolgenti azione incompatibile con le direttive del regime fascista. Documenti temporanei non anteriori a 3 mesi al 20 agosto. Tassa L. 50,10 al locale Tesoriere comunale. Scad. 30 giorni dal 30 agosto.

Firenze. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Per esami teorico-pratici. Posto di aiuto chirurgo; lire 5200 lorde; caro-viveri di legge; compartecipazione onorari degenti in cam. separate, in ragione del 10 %. Età massima 35 anni al 15 ott.; iscrizione albo; documenti temporanei non anteriori a 3 mesi al 1° ag. Nomina per un triennio; residenza e pernottazione in Ospedale; divieto esercizio profess. fuori dell'Ospedale. Vaglia L. 50 al cassiere Opera Pia. Domanda diretta al presidente del Cons. di Amm., da presentarsi alla Segreteria dello Spedale, via Borgognissanti 16. Scad. 15 ott.

Genova. *Spedali Civili.* — Concorso per titoli a 1 posto di chirurgo primario. Stipendio L. 6000, lorde (R. M. e 12 %). Nomina per 5 anni, conferma ogni triennio fino all'età di 60 anni. Laurea da almeno 6 anni. Documenti temporanei non anteriori a due mesi dal 12 agosto. Curriculum vitae. Pubblicazioni (soltanto a stampa) in numero di 5 esemplari ciascuna. Titoli descritti in ordine cronologico in elenco da prodursi in 5 esemplari. Tassa di L. 50 al tesoriere degli spedali. (Ospedale S. Martino). Scad. ore 15 del 30 sett.

Giano dell'Umbria (*Perugia*). — Condotta lire 9000, indenn. serv. attivo L. 2100, con 5 sessenni del decimo. Indenn. trasporto 4000 (auto o cavallo), 2000 (motocicl.), 500 (bicicl.); il tutto al lordo di R. M. e del 12 %. Eventualmente, per U. S., L. 500. Età massima 35 anni, salvo eccezioni di legge; cert. buona condotta con la consueta clausola di non aderire ad Associazioni che sovvertano l'ordine politico dello Stato o svolgenti azioni incompatibili con le direttive del Regime fascista; iscrizione all'Albo. Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi al 15 luglio. Tassa L. 50,10. Scad. ore 18,30 del 15 sett.

Limosano (*Campobasso*). — Stipendio 5500. Limite di età 39 anni. Scadenza 24 ottobre.

Marentino (*Torino*). — Stipendio 7000. Ufficiale Sanitario 500. Limite di età 35 anni. Scadenza 30 settembre.

Messina. *Consorzio prov. antitubercolare.* — Concorso per aiuto med. al Dispensario prov. di Messina e per Direttore sez. dispensariale di Sant'Agata di Militello. L. 5000 lorde, indennità per incarichi fuori sede e sostituzioni. Età massima 45 anni, salvo eccezioni; laurea da 2 anni; sana costituzione. Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi al 15 agosto. Titoli ed esami. Prova scritta sull'etiologia, patologia e terapia dell'infez. tub., igiene e profilassi sociale. Prove pratiche sull'accertamento diagnostico ed anatomo-patologico, con speciale riguardo alla diagnosi precoce dell'infez. tub. ed all'interpetrazione di radiografie. Prova orale sulle precedenti materie e sull'organizzazione della lotta antitub., funzione dispensariale e legislazione. Domanda al Presidente del Consorzio, da far pervenire alla Segreteria (Palazzo della provincia). Scad. 25 sett.

Per ognuno dei due predetti Istituti, ci è anche un concorso per Assistente sanitaria visitatrice, con L. 8400 lorde, oltre ad ind. alloggio di lire 100 mensili. Età massima 40 anni. Titoli ed esami.

Padova. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo del Riparto malati di petto. Stip. L. 5500, lorde (R. M. e 12 %), con due bienni del decimo. Stanza in Ospedale con obbligo di pernottarvi. Eventualmente, a turno, servizio di accettazione e pronto soccorso (L. 30 per 24 ore). Nomina per un biennio salvo conferma come aiuto per 4 anni. Età massima anni 30 al 15 agosto; documenti temporanei non anteriori a 3 mesi dalla stessa data. Certif. sana costituzione. Vaglia di L. 50,10 intestato alla Tesoreria Spedale Civile di Padova. Si terrà considerazione dell'appartenenza al P. N. F. e dello stato di famiglia. Scadenza ore 18 del 15 settembre.

Id. — Assistente effettivo di medicina. L. 5000 lorde (R. M. e 12 %). Condizioni come sopra. Scad. ore 17 del 15 sett.

Rivolta d'Adda (Cremona). — Stipendio 11.000; indennità trasporto 4000; limite di età 35 anni. Scadenza 10 ottobre.

Roma. *Ministero dell'Interno.* — Laboratorio di Batteriologia e micrografia della Sanità pubblica. 3 posti di assistente medico. L. 14.400, serv. att. L. 3000, eventualmente aggiunta di famiglia, il tutto ridotto del 12 %. Nomina per 6 mesi di prova, con L. 800 mensili, oltre alle quote di famiglia. Età massima 30 anni al 17 giugno, salvo eccezioni (35 per ex militari, 39 per invalidi, senza limiti per medici prov. di II classe). Sana cost. (eccezioni per invalidi). Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi al 21 luglio. *Esami*: 1) scritti (epidemiologia e profilassi mal. infett., traduzione dall'italiano in tedesco); 2) pratici (microscopia, batteriologia, parassitologia, istologia); 3) orali (materie delle prove scritte, leggi attinenti, lettura e conversazione in tedesco). Facoltativi gli esami anche su altre lingue. Domanda in bollo da L. 5. Scad. entro 90 giorni dal 21 luglio. Nella *Gazz. Ufficiale* del 31 luglio 1932, n. 167, trovasi il bando di concorso particolareggiato con il programma degli esami.

San Miniato (*Firenze*). — Stipendio 9500; limite di età 35 anni. Scadenza 15 ottobre.

Saronno (*Varese*). — Ufficiale sanitario. Per titoli e per esami. Stipendio iniziale L. 9000, al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensione Sanitari e della ritenuta del 12 % e con diritto a 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità di trasporto L. 500, al lordo di R. M. e ritenuta 12 %. Divieto servizio presso altri Enti Morali e Pubblici. Permesso esercizio professione libera. Domanda e documenti entro il 30 settembre 1932 al Podestà di Saronno.

SEDRINA e UBIALE-CLANEZZO (*Bergamo*). — Consorzio con residenza in Sedrina. Condotta residenziale per circa 350 poveri; popolazione totale 3182. L. 8000; L. 2 per ogni inscritto con diritto assistenza sanitaria e medicinali; L. 5 per ogni iscritto con diritto alla sola assistenza; trasporto L. 500; U. S. L. 608; ambulatorio L. 600; c.-v., per i coniugati L. 840. Tutto al lordo. Età massima 40 a., salvo per chi presti serv. in condotte. Stato famiglia, iscrizione albo, cert. sana costituzione; vaglia L. 50,10 al tesoriere comunale e documenti temporanei in data non anteriore ai 3 mesi al 1° ag. Elenco documenti in doppia copia; assunzione serv. entro 30 giorni. Domanda alla Segreteria Comun. di Sedrina. Scad. ore 18 del 31 ottobre.

SESSA AURUNCA (*Napoli*). *Congregazione di Carità.* — Posto di Direttore dell'Ospedale « S. Rocco ». Stipendio 10.200, ritenuta della R. M. e Cassa di R. Partecipazione sui proventi di atti operatori su quelli paganti in proprio. Oltre ai documenti di rito, inscrizione al P. N. F., almeno tre anni di lodevole servizio effettivo chirurgo o aiuto chirurgo presso importante ospedale od un anno di direttore fatta eccezione di sanitari al servizio di pubblica amministrazione; età 55 anni. Stabile dimora in Sessa. Vaglia di L 50. Scadenza 16 ottobre.

Id. cond. medico-chirurgica. Stipendio L. 10.000; ritenuta per legge; età 45 anni; documenti come sopra; minimo tre anni laurea.

SPOLETO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario direttore ospedale civile « S. Matteo ». L. 10.000 con 4 quinquenni del decimo, ind. serv. att. L 2000, c.-v. di legge; 50 % sugli atti operativi, 30 % sui proventi di cure in Ambulatorio, 20 % sui proventi netti dei Gabinetti scientifici. Età massima 42 anni, salvo eccezioni di legge, certificato sana costituzione fisica, fotografia personale autenticata; documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi dall'8 agosto. Laurea da almeno 10 anni, con servizio di non meno di 5 anni in Cliniche od Ospedali. Il chirurgo dovrà essere munito dei ferri che gli consentono il pieno esercizio professionale. Tassa di L. 50,10 al Tesoriere comunale. Scad. 90 giorni dall'8 agosto.

UDINE. *Consorzio prov. antitubercolare.* — Concorso per i posti di aiuto medico e di assistente medico. Per titoli, di carriera, clinici e scientifici generici (i due primi hanno la preferenza). Lire 15.000 per l'aiuto e L. 9000 per l'ass.; sei quinquenni del decimo. Età massima 45 anni salvo eccezioni: laurea da almeno due anni; sana costituzione; vaglia di L. 50,10. Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi dal 15 agosto. Nomina per un quinquennio, tacita conferma, salvo disdetta 3 mesi prima della scadenza. Assunzione serv. entro 30 giorni. Scad. ore 18 del 15 nov. Domanda diretta al Presidente del Consorzio.

VARESE. — Medico direttore del dispensario comunale per le malattie celtiche. L. 5000, senza altre indennità nè aumenti. Posto senza carattere di stabilità. Scad. 10 settembre.

VERONA. — Condotta del VII Circondario misto (S. Zeno-Borgo Milano). L. 9000 con 4 quinquenni fino a L. 11.750, s. a. L. 1700; c.-v. di legge; trasporto (L. 3000 per auto o cav., L. 1000 per bic.) il tutto al lordo di R. M. e 12 %. Età massima 35 salvo eccez. Stato di famiglia; certif. buona costituz. rilasciato dall'U. S. di residenza. Serv. di almeno 3 anni in ospedale importante o di condotta. Riconoscimento serv. in condotta fino ad un quinquennio. Assunz. serv. entro 30 giorni. Scad. ore 16 del 15 sett.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medicochirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

La Rivista « Note di Terapia pratica » (dott. G. Borromeo, via P. Sarpi 64, Milano) bandisce un concorso fra i medici italiani per lavori riassumenti le cognizioni attuali in rapporto ai temi seguenti: 1) Ipertensione arteriosa ed arteriosclerosi; 2) Gastroenteriti di origine varia ed epatiti; 3) Patologia broncopolmonare da cause varie infettive. Nelle applicazioni terapeutiche, ogni lavoro deve essere accompagnato da una casistica (lunga o breve, favorevole o non) indicante i risultati ottenuti rispettivamente con i prodotti: Elastina, Enterasi, Pantoidina. Indicazioni bibliografiche preferibilmente italiane; indicazione altresì di un'opera italiana sull'argomento trattato, ritenuta la migliore dal concorrente. Ampiezza non oltre le 10 pagine di protocollo dattilografate.

I premi, consistenti in diplomi e premii in danaro, saranno stabiliti da una Commissione designata dall'Ufficio Stampa Medica Italiana (via Vallazze 39, Milano) a cui vanno inviati i lavori, col nome ed indirizzo del concorrente.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Perugia.

L'Ateneo Perugino.

L'Ateneo perugino che è fra i più antichi d'Italia (si ritiene che fin dal secolo XI vi fosse una Scuola di Diritto) è ora in via di intensa rinnovazione, per cui verrà ad allinearsi fra le prime Università d'Italia. Notevole è stato lo sviluppo assunto dalla nostra Università, nei pochi anni trascorsi dalla sua regificazione e cioè ad opera degli Enti centrali e locali e dei Rettori.

Ma, data la brevità del tempo, non era stato possibile far tutto, nè rispondere ancora completamente alle necessità che la regificazione aveva imposto all'Ateneo, mutandone completamente il carattere ed aumentandone notevolmente la importanza.

Varie Facoltà dovevano essere pertanto completate e trasformate dall'odierno assestamento. Specialmente quella di Medicina che con la regificazione era stata completata con gli ultimi due anni di insegnamento — i quali comprendono le cliniche che prima non esistevano — aveva bisogno di essere definitivamente organizzata.

Perugia, sotto questo punto di vista, ha bisogno di completarsi per quanto riguarda il ricovero e l'assistenza degli infermi. Moltissimo ha fatto la locale Congregazione di Carità in unione con l'Università e con i clinici della Facoltà. Ed infatti le due cliniche di medicina e di chirurgia esistenti nel Policlinico, i servizi generali ed anche alcune delle altre cliniche sono stati impiantate e funzionano in modo completo e del tutto corrispondente all'esigenza dell'assistenza sanitaria moderna.

Ma molte delle altre cliniche, ed in primo luogo quella pediatrica, non sono ancora organizzate in modo soddisfacente.

Ed al fattivo impulso del prof. Leonardo Dominici, Magnifico Rettore della nostra Università dal 1930, si deve se tutte queste necessità saranno tra breve completamente soddisfatte, e Perugia vedrà il suo Ateneo fornito di tutti quei mezzi necessari per corrispondere al suo continuo e progressivo sviluppo, ed il suo Policlinico, completato di tutte le cliniche bene organizzate, diverrà un modello di Istituto universitario e didattico per qualsiasi altro centro di vita cittadina.

In base ad una relazione che lo stesso prof. Dominici compilò e validamente sostenne presso il Duce, il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta di S. E. Di Crollalanza, l'assegnazione di un fondo di sei milioni per l'ampliamento del Policlinico di Perugia.

Saranno necessari altri due milioni che verranno forniti da Enti locali. La R. Università degli Studi e la locale Congregazione di Carità hanno già approvato un contributo di 500.000 lire ciascuno.

Di più S. E. il Capo del Governo ha stabilito che venga aumentato di mezzo milione all'anno il contributo che il Ministero dell'Educazione Nazionale dà alla nostra Università.

Perugia intellettuale rivolge ancora una volta il suo pensiero pieno di gratitudine al Governo Nazionale che, accogliendo le proposte dei suoi gerarchi, ha dotato la gloriosa Università di nuovi, cospicui mezzi per completare in modo veramente degno questo cenacolo di studi, che richiama ogni anno un numero notevolissimo di giovani.

S. FALCIN.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Emiliano delle Società Italiane di Pediatria.

Organizzato dal prof. Somini, presidente, e dal dott. Nanni, segretario, ha avuto luogo in Rimini nei giorni 6-7 agosto. Il prof. M. Pincherle ha svolto la relazione sulla diatesi linfatica e le cure marine ed il prof. Bilancioni, quella sull'adenoidismo, che ha trovato largo consenso ed è stata seguita da animata discussione.

Congresso della natalità in Francia.

Si terrà a Dijon, dal 23 al 25 settembre il XIV Congresso francese della natalità e sarà preceduto da quello della Federazione delle Associazioni delle famiglie numerose. Questo tratterà i temi: le assicurazioni sociali e la maternità ed il nuovo regime della donna maritata. Numerose sono le relazioni per il Congresso della natalità, fra cui citiamo: le abitazioni economiche; l'assimilazione dei figli di famiglie numerose ai pupilli dello Stato; il servizio sociale e le famiglie; la cassa di natalità della Camera di Commercio di Dijon; la lotta contro la mortalità infantile, ecc.

Corso di Puericoltura.

Per disposizione dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia sono aperte le iscrizioni ad un corso integrativo di Puericoltura prenatale e post-natale riservato ai medici condotti e liberi esercenti.

Il corso avrà inizio il giorno 26 settembre presso la R. Clinica Pediatrica al Policlinico ed avrà la durata di un mese.

È obbligatoria la frequenza alle lezioni ed alle esercitazioni, ed alla fine del corso gli inscritti dovranno sostenere l'esame prescritto.

I medici che intendono frequentarlo debbono presentare la domanda su carta legale direttamente alla Delegazione Provinciale di Roma dell'Opera N. M. I. (via del Babuino 65) entro il 20 settembre versando contemporeneamente L. 50 per tassa di inscrizione e L. 35 per tassa di ammissione agli esami.

Il numero degli iscritti è limitato.

Per la storia dei Congressi medici abruzzesi.

Il prossimo Congresso sanitario abruzzese che si terrà ad Aquila deve considerarsi la continuazione di altri precedenti oppure il primo? Nel fascicolo 33 abbiamo pubblicato le osservazioni di un collega che lo considera il quinto. Altri ci scrivono ora che esso va considerato come primo, perchè gli altri erano abruzzo-molisani e questo è soltanto abruzzese. Secondo il dott. C. Bruni esso va invece considerato come il settimo, avendo egli stesso promosso il primo, che si tenne a Chieti nel 1905. I successivi si tennero in Campobasso (1907), in Teramo (1909), in Aquila (1912) e, dopo la guerra, in Lanciano (1922) ed in Teramo (1924). Di tutti, meno del quinto (Lanciano) si pubblicarono gli atti. Se pure non si vogliono chiamare Congressi le 10-12 riunioni tenute dalla Società medico-chirurgica degli Ospedali abruzzesi, l'attuale Congresso sarebbe quindi il settimo della serie.

Lasciamo alla discussione fra gli interessati, in seno al Congresso stesso, le ulteriori eventuali osservazioni in merito, che sono d'interesse puramente locale.

Elevata mortalità per difterite.

Nell'ospedale di Düsseldorf, nonostante le forti quantità di siero usate (140.000 unità) la mortalità per difterite è salita al 50 %. Le culture degli stipiti isolati da questi casi gravi non hanno mostrato differenze con quelle dei tipi comuni e la tossina da essi prodotta è risultata perfettamente neutralizzata dall'antitossina. A meno che gli attuali metodi di studio con le colture e le inoculazioni in animali siano impotenti a rivelarci le differenze nelle infezioni naturali, queste vanno ricercate in altri fattori diversi da cambiamenti nel potere tossigeno.

Una nuova minaccia: il fluoro.

Sono noti gli studi di Christiani, il quale ha identificato la causa di certe malattie del bestiame nel fluoro che si versava nell'atmosfera da farriche industriali. In parecchi villaggi dell'Arizona (Stati Uniti) le investigazioni fatte per spiegare la marezzatura dello smalto dei denti che si osserva negli abitanti di quei paesi, si è trovato che le acque contenevano un'abnorme quantità di fluoro. Il residuo delle acque somministrato nella razione alimentare di ratti ha provocato analoga, se non identica, marezzatura dello smalto. Si stanno facendo studi per vedere la possibilità di eliminare tale fluoro dalle acque. (Abbiamo di recente pubblicato una recensione di A. Franchetti sulla fluorosi; fasc. 29, p. 1136).

Giuochi infantili e lesioni oculari.

Da uno spoglio delle notizie dei giornali, risulta che annualmente si hanno, agli Stati Uniti, 750-1000 lesioni oculari nei bambini a causa dei loro giuochi; circa un terzo di queste sono determinate da armi, ed un quarto da fuochi d'artificio. È da rilevarsi che nel 76 % delle città con oltre 50.000 abitanti, vi sono regolamenti che proibiscono certi tipi di armi; così, per quelle ad aria compressa, che provocano appunto il maggior numero di accidenti, nel 63 % di tali città, vi è la proibizione di vendita e di detenzione.

Nelle scuole per ciechi, vi sono circa 500 ragazzi che sono diventati tali in seguito a lesioni riportate nel giocare ed il numero aumenta di una settantina all'anno.

I benefici effetti del veleno delle api.

Il veleno delle api è ora di moda. Sono conosciute le applicazioni nella cura del reumatismo, tanto che ne sono pullulate delle specialità. Ora, la nota naturalista francese Phisalix, che si è molto occupata del veleno dei serpenti, ha trovato che quello delle api vaccina contro quello della vipera; l'effetto vaccinante sarebbe reciproco. Pure in Francia, due scienziati, Yoannovitch e Chaovitch, avrebbero trovato che le iniezioni del veleno delle api in tumori sperimentali ne arresta l'accrescimento e produce riduzione del volume e stanno studiando la pratica applicazione di tale rimedio.

La verdunizzazione delle acque di Parigi.

Justin Godart, ministro della Salute pubblica, ha inaugurato il nuovo impianto per la verdunizzazione delle acque destinate ad uso potabile della città di Parigi. L'impianto, alle officine municipali di Ivry, tratta circa un milione e mezzo di metri cubi di acqua al giorno, destinati a circa tre milioni di abitanti. Fra le altre città francesi che trattano le acque con tale sistema, sono da citare: Lione, Reims, Carcassona.

Troppe Società mediche.

Anche in Germania, a quanto scrive il corrispondente da Berlino al « Journal of the American Medical Association », è affetta da un eccesso di Società mediche e di Congressi. Di Società, ne sono pullulate un gran numero, seguendo il criterio della limitazione di specialità, di confini geografici e così via. La crisi economica ha fatto rimandare, nello scorso anno, parecchi Congressi, ma a tutto ci si abitua, e nell'anno in corso questi hanno ripreso con un numero di partecipanti che, pure essendo inferiore a quelli di un tempo, non è piccolo. Sembra che vi sia un desiderio « endogeno » di un mutuo scambio di idee e di istruzione, sicchè nessuno ascolta i consigli di ridurre il numero dei congressi e delle società, quale è stato lanciato dalla vecchia Associazione fra medici e naturalisti tedeschi, che, tanto per cominciare, ha indetto un congresso per trattare questo argomento.

Il numero e l'età dei direttori di Ospedale in Germania.

Su circa 50.000 medici, vi erano in Germania, al 1° gennaio 1932, 2930 direttori di ospedale, di cui 670 avevano oltre 60 anni ed 88 oltre 70. Il gruppo di età più numeroso è quello fra i 56 ed i 60 anni, che conta 455 direttori.

Natalità e mortalità negli Stati Uniti.

Nel 1930, si sono avuti agli Stati Uniti 2.203.958 nati vivi, con un aumento di 34.038 sull'anno precedente. Il coefficiente di natalità più alto lo troviamo nel Nuovo Messico (28,5), il più basso nell'Oregon; è più elevato nella razza negra (20,7) che nella bianca (18,7).

Si sono avuti 1.321.367 morti, con un coefficiente di 11,3 per 1000; la mortalità infantile è stata di 142.413, cioè di 64,6 per 1000 nati vivi (nel 1929 era stato di 67,6). Il Nuovo Messico, che ha la natalità più elevata, ha anche la mortalità infantile più alta: 145,4, mentre la più bassa spetta a Washington (48,7).

Il colera in Cina.

Dalla metà di maggio, infierisce un'epidemia di colera. In un mese, vi furono a Tientsin 350 morti nel solo ospedale; a Nanking, dal 23 maggio al 1° luglio, 1329 casi con 77 morti. A Shangai, fino al 9 luglio, 1337 casi, con 82 morti, di cui 27 fra la popolazione non locale. Due casi si sono avuti anche sul piroscafo « Presidente Wilson ».

Disciplina della pubblicità medica nella Jugoslavia.

Il Governo della Jugoslavia ha decretato che tutta la pubblicità medica debba essere sottoposta all'esame di un Consiglio di esperti presso il Ministero del benessere sociale e della salute pubblica. Ogni domanda dev'essere accompagnata dal testo che si vorrebbe pubblicare, dalle eventuali illustrazioni, da una copia dell'autorizzazione di commerciare i prodotti annunziati, con tutti i dati concernenti i prodotti stessi, e da una ricevuta di versamento di una tassa,

che ammonta a circa 600 lire it. Si deve mandare al Consiglio la prima copia dei periodici in cui è pubblicato l'annunzio ed, in seguito, una copia ogni mese per i quotidiani, una ogni tre mesi per le riviste. Tutti gli annunzi devono recare la dicitura: « Approvato dal Ministero del Benessere Sociale e della Sanità Pubblica sotto il N. ... » e la data dell'autorizzazione. Queste norme valgono sia per le Ditte che per i singoli produttori o commercianti, sia dell'interno che dell'estero. Esse sono in gran parte calcate sulle disposizioni già attuate in Italia.

A proposito della sterilizzazione degli inadatti in Germania.

Si sta elaborando un nuovo Codice penale in Germania. Ebermeyer, che è membro della Commissione, si è dichiarato nettamente contrario alla sterilizzazione degli inadatti, fatta a scopo eugenico, perchè essa costituirebbe la negazione del diritto di auto-determinazione a cui il legislatore non può consentire, in quanto che non ne sono perfettamente noti gli effetti sullo sviluppo del carattere e sull'impulso sessuale. Inoltre, le leggi della trasmissione ereditaria non sono così sicure da stabilire con certezza nel caso singolo se ci si deve attendere, da un dato delinquente, una progenie con tendenze criminali.

La sterilizzazione per scopi diversi da quelli nettamente terapeutici, secondo la legge attuale è illegale e costituisce una grave lesione del corpo, anche se la parte è consenziente.

È morto a Parigi, il prof. FELICE LEJARS, all'età di 63 anni. Fu nominato nel 1891, chirurgo degli ospedali di Parigi e diventò in seguito professore di clinica chirurgica alla facoltà di Medicina, dirigendo fino alla sua morte l'importante servizio dell'Ospedale di S. Antonio.

Membro dell'Accademia di Medicina dal 1924, chirurgo capo dell'ospedale Villemin durante la guerra, egli fu, oltre che abile chirurgo, un grande maestro. I suoi trattati sulla chirurgia d'urgenza e sulla diagnosi chirurgica, tradotti anche in italiano, rimarranno a lungo dei veri classici.

F.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 12 Settembre 1932 - X — Num. 37

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO PSICHIATRICO DI REGGIO EMILIA.

L'ormonizzazione sessuale col «Liquor folliculi» per via gastrica.

Dott. CORRADO DELFINI
e Dott. Prof. GIACOMO PIGHINI.

Con questa nota intendiamo portare un piccolo contributo personale di conferma alle recenti constatazioni fatte da altri sull'attività dell'ormone sessuale introdotto per via gastrica.

Fino a poco tempo fa, in base alle affermazioni di numerosi studiosi, si tendeva ad ammettere che le varie preparazioni di follicolina sono inattive *per os*, per una supposta distruzione da parte dei succhi digestivi; ciò dipendeva dal fatto che la maggior parte dei preparati ovarici del commercio sono risultati, alle prove biologiche, effettivamente inattivi; e specialmente i preparati secchi somministrati per bocca si sono dimostrati ai ricercatori americani privi affatto di ogni azione ormonale, tanto che, molto opportunamente, il Consiglio di Ricerca dell'Associazione Medica Americana li ha giudicati inefficaci agli effetti curativi.

Non altrettanto negativa invece è risultata di recente l'azione attraverso lo stomaco di quei preparati in soluzione acquosa che per via enterale avevano dimostrato forte attività ormono-sessuale; e coi saggi biologici oggi in uso si potè valutare rispettivamente le dosi minime attive di tali preparati nelle due vie di somministrazione, *per os* e per iniezione.

La titolazione, com'è noto, si valuta in unità estrali, desunte dalle reazioni di Allen e Doisy o di Laqueur, nei ratti e topi femmina castrati, nei quali si determina la dose minima del preparato efficace a produrre le manifestazioni vaginali dell'estro.

Mentre pertanto alcuni ricercatori hanno trovato che per la via orale occorrevano dosi molto maggiori ad ottenere l'estro che per la via sottocutanea, altri più recenti trovano una minore differenza fra le dosi minime efficaci per le due vie. Per O. Fellner, ad es., che già dal 1913 aveva dimostrato l'efficacia della sua

Femminin (estratta dal corpo luteo e dalla placenta) anche se somministrata per via gastrica, occorrono per tale via dosi 10 volte superiori a quelle iniettate (1).

Per Loewe e Lange (1926) la dose di ormone ovarico attiva per via gastrica deve essere di 20 volte superiore alla dose attiva per via sottocutanea (2); per Laqueur, Hart e De Jongh (1927) la dose attiva *per os* del loro *Menformon* sul ratto castrato sarebbe 100 volte più grande e sul topo castrato 11 volte più grande dell'unità sottocutanea (3). Per Hannan (1928), che ha usato ovaie *in toto*, occorrono 60 unità ormonali per bocca (4); mentre per Allan, Dickens e Dodds (1930) ne bastano 25-30 (5). Schoeller, Doehrn e Hohlweg invece (1930), analogamente alla Maino (1930), provano, con accurate ricerche comparative, che per ottenere l'estro nei ratti castrati sono sufficienti dosi soltanto tre-quattro volte più attive di quelle sottocutanee (6-7); e la Maino prova di più che l'assorbimento per via gastrica è molto facilitato dal frazionamento dell'ormone, e riesce tanto più attiva, quanto più frazionata è la dose giornaliera somministrata. Recentemente l'Hinglais (1931) conferma questi risultati, affermando che con una propinazione unica di una sua soluzione oleosa di ormone follicolare basta una dose tripla di quella attiva per via sottocutanea, mentre che frazionando quest'ultima in sei volte in 36 ore, si ottiene nel ratto castrato lo stesso effetto che con la iniezione (6).

Da tutte queste prove risulta pertanto dimostrato che l'ormone follicolare somministrato per via gastrica agisce con una intensità quasi pari a quella della somministrazione parenterale, purchè sia opportunamente frazionato.

Dalle citate esperienze di Schoeller, Doehrn e Hohlweg, di più, risulta che i preparati di estrina più attivi per via gastrica sono i meno depurati; ed una constatazione analoga aveva fatto il Lipschütz anche nel dosaggio dei suoi preparati per via sottocutanea (9). Nelle citate esperienze sono stati usati vari preparati di sostanze ormonicamente attive (ovaie *in toto*, menformon, estratti oleosi, follicolina cristallizzata Maino); ma, a quanto ci consta, non è stata ancora sperimentata per via orale l'azione del *liquor folliculi* puro. Noi ci proponemmo pertanto saggiare tale azione, sia sui ratti castrati, che in patologia umana.

***

Un lotto di 12 ratte castrate (dell'età di 2-3 mesi), nel cui striscio vaginale non erano segni di estro, si alimentò con una sufficiente quantità giornaliera di crusca e pane grattugiato imbevuto di acqua + 10 cmc. di *liquor folliculi* di cavalla.

Altre 10 ratte castrate, di controllo, furono nutrite colla stessa dieta meno la sostanza ormonica.

I ratti sperimentati assorbivano, così, 1 cmc. di liquor in media al giorno.

Dagli strisci vaginali fatti dopo 24, 36, 48 ore risultò che 9 su 12 delle ratte presentarono la comparsa delle cellule corneificate già dopo il primo giorno di ingestione; ed al terzo giorno tutte manifestarono la tipica reazione estrale di Allen e Doisy.

Ripetuta l'esperienza con altri due lotti di 5 ratte ciascuno, con metà dose (1/2 cmc. di liquor naturale al dì) si ebbe la reazione estrale dopo le prime 24 ore nel 60 % dei casi, ed in tutte dopo 3 giorni.

Contenendo il *liquor folliculi* 4-5 unità ratto Allen per cmc. (= a 800-1000 unità topo Laqueur), si può concludere da queste esperienze che sono sufficienti 2 unità circa, frazionate *ad libitum* durante la giornata, per determinare nel ratto castrato la reazione estrale per via gastrica (e probabilmente basta anche meno).

Sacrificati dopo 4 giorni gli animali, si trovò una notevole ipertrofia dell'utero e dell'ovaia nei ratti sperimentati.

La figura mostra le differenze fra il ratto 68, controllo, e il ratto 64 trattato col l. f. Nel primo i corni uterini misurano, da ambo i lati, mm. 25, per 0,6 di spessore, e la vagina mm. 28 × 3.
Nell'ormonizzato, corni uterini 40 × 1, vagina 35 × 4 mm.

***

Anche nella pratica medica umana la ormonizzazione per via orale col *liquor folliculi* risponde bene, per quanto sia meno pronta

che per la via ipodermica. Probabilmente ciò dipende dal rapido assorbimento e rapida eliminazione dell'ormone assorbito dalla mucosa gastrica, mentre che più lento è l'assorbimento della sostanza iniettata, e più continuata quindi la sua azione sul tratto genitale. Anche Fellner che ottiene buoni risultati nella donna con le sue tavolette *Femminin Oestramin*, dice che occorrono dosi superiori 10 volte a quelle iniettate (10). Noi pertanto, sino ad ora, non abbiamo praticato cure intensive per la via orale, limitandoci di far prendere alle pazienti 2-3 cucchiaini di 1 cc. di liquor circa — o di Estrofollicolina — al giorno in acqua zuccherata: forse aumentando la dose giornaliera, si potranno avere effetti più pronti. Ad ogni propinazione è stato fatto seguire un sorso di marsala per favorire l'assorbimento.

Trattammo finora una dozzina di casi, comprendenti ragazze e maritate affette da amenorrea e dismenorrea; in alcune, ricoverate al nostro Frenocomio, la turba sessuale era stata accompagnata da disordine mentale; e si notò col trattamento un favorevole effetto anche sullo stato psichico. Riportiamo qui la succinta storia di qualche caso trattato:

Caso I. — N. N., signorina ventenne, di Parma. Da un paio di anni ha irregolarità nelle mestruazioni: sospensioni per periodi di 2-3 mesi, durante i quali è depressa, inappetente, irritabile, con frequenti accessi di cefalea ed insonnia.

Alla fine dell'ottobre scorso, non essendo ricomparse le mestruazioni dal 10 settembre, incominciò una cura con *liquor folliculi* per os, prendendone tre cmc. al giorno in un cucchiaio seguito da un sorso di marsala.

Nel novembre la signorina si sentì assai meglio, più sollevata di umore, appetente il cibo, desiderosa di compagnia e di svago, la cefalea scomparve, il sonno si fece riposante e tranquillo. Al 20 ricomparvero le mestruazioni, e dopo d'allora continuarono regolari sino al presente (maggio). Il peso è cresciuto e l'aspetto è sano. Il trattamento con *liquor folliculi*, con qualche sospensione, è durato circa tre mesi, sino alla fine di gennaio.

Caso II. — T. Erminia. Entrata nel Frenocomio di S. Lazzaro il 27-12-1931.

È una giovane piuttosto magra, di tipo longilineo microsplacnico. Tiene un contegno piuttosto disordinato, si sdraia volentieri sul letto; interrogata risponde a monosillabi. Non è disorientata, e, quando l'umore è abbastanza sereno, risponde a tono. Essendo invece per lo più l'umore depresso, appare preoccupata, svogliata, senza iniziative utili. Non ha mestruazioni da due mesi.

Il 5 gennaio 1932 incomincia a prendere due cucchiaini al giorno di *liquor folliculi* di 1 cmc. circa ciascuno.

Dal giorno 15 l'inferma accusa dolori in corrispondenza delle ovaie. Dal 21 al 24 si sospende il trattamento.

Il 24 l'ammalata dice di non sentire più i dolori al basso ventre che nei giorni scorsi aveva accusato.

25-1-1932. È ripresa la somministrazione di liquor e continuata, salvo qualche interruzione, sino alla metà di marzo. In questo periodo l'ammalata ha acquistato notevolmente in peso (circa kg. 6); le sue condizioni mentali sono migliorate; risponde a tono, parla volentieri, lavora aiutando le infermiere. A volte rare crisi di pianto.

Le mestruazioni sono ricomparse il giorno 10-3-1932. Le condizioni mentali dell'inferma sono molto migliorate.

Caso III. — T. Erminia, di anni 23, di San Prospero (Modena): nubile, contadina.

Padre e madre viventi e sani. Uno zio paterno fu per due volte ricoverato nel nostro Istituto.

Anamnesi personale: sviluppo fisico e psichico dell'infanzia regolare. Nessuna malattia degna di nota. Le mestruazioni, cominciate a 16 anni, furono sempre irregolari, qualche volta bimensili. Da due mesi sono completamente sospese. Pochi mesi prima dell'internamento la ragazza restò fortemente impressionata alla vista di un cadavere. D'allora cominciarono i primi sintomi della attuale malattia con depressione del tono emotivo, crisi di pianto e di agitazione ansiosa, idee di suicidio.

Un giorno venne trovato sotto il cuscino del suo letto una corda a nodo scorsoio. Il 27 dicembre 1931 venne internata nell'Istituto Psichiatrico di San Lazzaro. All'ingresso la malata presenta il quadro psichico della depressione ansiosa. È appartata, taciturna, ha crisi di pianto e di ansietà, manifesta idee deliranti, ipocondriache e propositi suicidi. Si nutre scarsamente, il sonno è turbato. All'esame somatico, non si rinviene alcunchè di speciale. Apparato scheletrico normale. Tipo longilineo, microsplacnico simpaticotonico. Funzioni della vita di relazione normali. Nulla degno di speciale menzione agli organi genitali.

Il 9 gennaio incomincia l'opoterapia sessuale con *liquor folliculi* per via orale, prendendone tre cucchiaini di 1 cmc. ciascuno circa, al giorno.

Le mestruazioni compaiono alla fine del mese, ossia dopo tre mesi che erano scomparse, e una ventina di giorni dopo l'inizio del trattamento. Nello stesso tempo migliorano le condizioni psichiche e generali.

In febbraio le idee deliranti sono completamente scomparse. Tranquilla, si presta volentieri ai lavori di pulizia della sezione; è lucida, socievole, espansiva, chiede di andare a casa, non accusando più alcun disturbo nè fisico nè mentale.

Si dimette in via di esperimento nel marzo.

Già in precedenti saggi avevamo notato come il trattamento col *liquor folliculi* di malati nervosi e mentali presentanti turbe nel campo sessuale, dava spesso buoni risultati (Pighini 11, Delfini 12). Possiamo ora aggiungere che anche per via orale quel trattamento riesce efficace, purchè sia prolungato convenientemente. Se pertanto nella pratica ospedaliera riesce più agevole e pronta la cura per via

ipodermica, nella pratica privata può riuscire, in molti casi, più opportuna la cura per via orale.

Ottimi risultati si ottengono anche con istillazioni endovaginali del liquor; in qualche caso in cui sperimentammo quella via di assorbimento, ottenemmo effetti più pronti che per via orale.

Anche Fellner (10) vanta i successi dei suoi ovuli di *Femminin* per quella via che già Powers, Varley e Morrel avevano dimostrato sperimentalmente indicata per la ormonizzazione follicolare (13).

Praticammo le istillazioni iniettando profondamente in vagina, con una perina a becco lungo (oppure applicando un tubetto rigido di gomma al becco) una soluzione di liquor (1 cc. circa) in pochi (4-5) cc. di acqua e glicerina.

Anche per le istillazioni è consigliabile ripetere le applicazioni 2-3 volte al giorno per ottenere pronti risultati. Ricorderemo due casi di utero infantile e di sterilità, con ritardo di mestruazioni, così trattati, col felice risultato della regolarizzazione mestruale seguita dal concepimento.

In un caso, l'utero che alla sonda misurava 6,5 cm., dopo 2 mesi di trattamento misurava 7,5 cm.

RIASSUNTO.

La ormonizzazione sessuale col *liquor folliculi* naturale riesce efficace anche per la via gastrica e la via endovaginale, purchè le dosi siano frazionate durante la giornata, e continuate per qualche settimana.

BIBLIOGRAFIA.

1) FELLNER O. O. Arch. f. Gynaekology, 1913 e 1923.
2) LOEWE u. LANGE E. Deutsche Med. Wochenschrift, *52*, 310, 1926.
3) LAQUEUR E., HART P., DE JONGH S. Ibid., *53*, 1583, 1927.
4) HANNAN J., Endocrinology, marzo-aprile 1928.
5) ALLAN. DIKENS a. DODDS. Journal of Physiology, *68*, 348, 1930.
6) SCHOELLER, DORHN a. HOHLWEG. Medical Journal and Record, 19 novembre 1930.
7) MAINO M. M. Arch. dell'Istituto Biochimico Italiano, 4°, nov. 1930.
8) HINGLAIS H. Bruxelles Médical, n. 37, 1082, 1931.
9) LIPSCHÜTZ A. C. R. de la Soc. de Biologie, 23 nov. 1929.
10) FELLNER O. O. Münch. Med. Wochenschrift, n. 4, 139, 1931.
11) PIGHINI G. Riv. Speriment. di Freniatria, 1°, 1929.
12) DELFINI C. Note e Riviste di Psichiatria, n. 3, 1931.
13) POWERS H. H., VARLEY J. R., MORRELL J. A Endocrinology, luglio-agosto 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Uro-pio-nefrosi da pregressa sezione dell'uretere. Nefrectomia. Guarigione. Considerazioni sulle ferite dell'uretere.

CARMELO MALTESE LE-ROY - Padova.

Il caso clinico che fa oggetto della presente comunicazione dimostra quali sono i risultati a distanza della sezione dell'uretere.

La signora B.. Teresa, di 41 anni, mi è indirizzata il 15 febbraio u. s. dal mio amico e collega dott. Stefano Zeni per piuria, dolori al fianco sinistro e per un'ematuria sopravvenuta un mese prima: spontanea, totale, a dire della paziente, senza coaguli e non accompagnata da dolori, di lieve intensità è durata circa 24 ore.

La storia dell'ammalata è delle più interessanti.

Nel 1925 è stata operata d'isteropessi per disturbi da retrodeviazione.

Per delle sofferenze vaghe è stata da un sifilografo curata per due anni con iniezioni endovenose di neosalvarsan, sembra con esito nullo.

Viene allora indirizzata ad un valente chirurgo il quale constata nella zona genitale delle alterazioni tali da proporre l'asportazione dell'utero.

Nel marzo 1928 isteroctomia addominale.

Pare che l'operazione sia stata laboriosa.

Tre giorni dopo, la paz. si accorge che *una parte delle urine esce dalla vagina indipendentemente dalle minzioni che sono normali.*

Si mette una sonda vescicale a permanenza ma la situazione non cambia.

Persistendo la perdita d'urina, un mese dopo viene praticata una cistoscopia con tentativo di cateterismo ureterale. La paz. ignora che cosa fu riscontrato in quell'esame: le si disse che si temeva la presenza di un calcolo renale ma che in realtà non vi era nulla d'anormale. La malata ricorda di non essere stato praticato in quel momento alcun esame radiologico.

La perdita delle urine va man mano diminuendo fino a cessare definitivamente due mesi dopo l'intervento.

In quest'epoca hanno inizio dei dolori al fianco sinistro: a tipo colico, il loro punto di partenza è all'ipocondrio dello stesso lato, s'irradiano all'inguine, al basso ventre, all'ano ed alla vulva; sopravvengono ad accessi di durata variabile; accompagnati da nausea, non hanno dipendenza alcuna con l'ingestione degli alimenti col movimento e la fatica.

Presto le urine diventano torbide. La causa ne viene attribuita alla sonda vescicale che è rimasta lungo tempo a permanenza dopo l'ultimo intervento. Per giustificare i dolori si diagnostica enterocolite cronica. La malata è curata con antisettici urinari e sottoposta a dieta molto rigorosa.

Si manifesta allora stitichezza ostinata che si cura con purganti e clisteri. La paz. perde quasi tutti i denti.

Le condizioni generali declinano.

Si consulta allora un maestro di medicina il quale constata un'anemia grave che si mostra ribelle ad una cura adatta.

La malata, abituata com'è a dieta liquida non si nutre come vorrebbe perchè, soggetto nervoso e suggestionabile, crede che i dolori derivino dalla digestione.

Nel 1930 gli accessi dolorosi (*a sinistra*) persistendo anzi incalzando e le condizioni generali declinando sempre più, si chiama a consulto un eminente chirurgo. Si pratica un esame radiologico dell'apparato digerente e si asporta l'appendice in anestesia locale (terzo intervento). Sembra che occorresse asportare anche un lungo segmento d'intestino ma, essendo le condizioni generali della paz. molto scadenti, si rimanda l'intervento ad un'epoca più propizia. Naturalmente la situazione resta invariata anzi, con l'andar del tempo, gli accessi dolorosi sono più intensi, le condizioni generali peggiorano. L'alimentazione vien ridotta e per conseguenza la stitichezza diviene più tenace.

Il nuovo medico curante rivolge la sua attenzione ai caratteri dell'urina (piuria), dà all'ematuria il suo giusto valore e, nel dubbio di una lesione renale, mi indirizza la malata.

Le minzioni sono state sempre normali in quanto a frequenza; raramente accompagnate da bruciore. Alla fine di ogni accesso doloroso le urine erano molto più torbide di prima: la paz. avvertiva allora un senso di sollievo.

La temperatura è stata pare sempre normale. Mai vomito.

Antecedenti familiari. Due figli morti in tenera età per affezioni di natura tbc. Altri due viventi e sani.

Esame. Le condizioni generali sono veramente disastrose: di una magrezza scheletrica (di metri 1,62 di altezza non pesa che 42 kg.), la paz. è in uno stato di anemia grave. Senza la maggior parte dei denti, estremamente pallida ed emaciata dimostra più di 60 anni.

Le *urine* sono molto torbide e pallide.

Reni. Il *destro*, in ptosi di II grado, si palpa in tutta la sua estensione: è aumentato di volume, ha superficie liscia e consistenza normale.

Il *sinistro* non si palpa, ma il punto costo-lombare ed il tragitto dell'uretere sono dolenti alla pressione.

Ptosi molto accentuata di tutti i visceri.

All'esplorazione vaginale si sente il collo dell'utero.

Il *polso* è piccolo e molto frequente: si contano 110 pulsazioni alla radiale.

La *cistoscopia* fa rilevare una mucosa vescicale pallida ma normale per il resto.

L'orificio ureterale destro è normale: l'eiaculazione avviene normalmente.

Il sinistro è un po' arrossato ed immobile: l'eiaculazione manca.

L'indomani *cateterismo degli ureteri*.

A destra una sonda n. 15 viene spinta facilmente fino al bacinetto. A sinistra ogni sonda, anche di calibro minimo, viene arrestata a 5 centimetri dall'orificio ureterale.

Capacità del bacinetto: 10 cmc. a destra.

A sinistra il liquido rifluisce in vescica e viene fuori dalla sonda vescicale di controllo.

La paziente dice che il dolore provocato alla pelvi destra nel prenderne la capacità è assolutamente identico a quello che risente a sinistra da 4 anni.

La radiografia non rivela nessun'ombra di calcolo.

Esame funzionale. — R. D.: Vol. = 36 + 63 = 99 cmc.; C = 6,83; D = 0,67; F. S. F. = 50+12=62 %.

R. S.: Non una goccia d'urina. *Sonda vescicale*: zero.

Esame istobatteriologico. — Nulla d'anormale nell'urina del rene destro.

Nell'urina vescicale si riscontra: *pus* in abbondanza: molti *colicabilli*.

La diagnosi di uropionefrosi sinistra da sezione pregressa dell'uretere con ipertrofia funzionale compensativa del rene destro era evidente. Occorreva asportare il rene distrutto. Si tenta inutilmente di migliorare un po' le condizioni generali dell'a.

Il 16 *marzo nefrectomia sinistra* (quarto intervento). Anestesia generale al Balsaforme.

Incisione lombare classica. Il rene è molto aderente per perinefrite sclero-lipomatosa intensa: il peduncolo vascolare e l'uretere sono immersi in una ganga di tessuto sclerosato e bisogna isolarli a mezzo della sonda scanalata. Sezione dell'uretere fra due legature e del peduncolo.

Sutura in massa dei muscoli e della cute al crine di Firenze con l'ago di Doyen. Tubo di drenaggio.

L'intervento è durato 30 minuti.

Descrizione del pezzo. Rene molto impiccolito (1/5 del normale) circondato da tessuto sclerosato che vi aderisce intimamente. Al taglio è duro. La capsula propria si distacca difficilmente, mettendo a nudo una superficie renale irregolare, biancastra in certi punti, scura in altri. La sostanza renale presenta uno spessore di mezzo centimetro. Il bacinetto, ripieno di pus, è ispessito e molto dilatato. L'uretere, pure ispessito, ha il volume di un pollice d'adulto.

Decorso postoperatorio. La paz. sopporta discretamente l'operazione. La notte però si manifesta uno stato di collasso che dura parecchie ore ma che viene superato con cure opportune.

La quantità d'urina che nei primi tre giorni non supera i 700 cmc. nelle 24 ore, il quinto giorno raggiunge i 1300 grammi.

Guarigione per primam.

La paz. si alza il 16° giorno e lascia la casa di cura il 20° del tutto guarita: i dolori scomparsi, le urine sono limpide, l'evacuazione intestinale avviene normalmente (una scarica al giorno spontanea), l'appetito è buono, le forze ritornano a poco a poco. *Attualmente* (15 maggio 1932), la signora B... è in condizioni generali buone ed ha acquistato un benessere fisico che non ricorda di avere da molti anni. È aumentata di 6 kg.

Il caso mi sembra istruttivo dai punti di vista etiologico e terapeutico.

Nessun dubbio sull'origine delle crisi dolorose, attribuite a torto all'intestino e curate come tali. Esse erano invece da riferirsi alle contrazioni abnormi del bacinetto e dell'uretere, i quali trovavano nel punto stenosato una difficoltà al loro normale vuotamento. Quindi dilatazione, infezione, atrofia del rene.

Poichè evidentemente durante l'isterectomia l'uretere sinistro fu sezionato nella sua porzione pelvica.

L'incidente al momento passò inosservato.

L'incontinenza fece pensare in 1° tempo ad una fistola vescico-vaginale (sonda vescicale a dimora), in 2° tempo ad una lesione ureterale (cateterismo degli ureteri). Dato il grande in-

teresse che le ferite dell uretere hanno in chirurgia generale ed in urologia, credo opportuno, basandomi sul mio caso, di trattarle brevemente.

L'uretere è stato accidentalmente sezionato durante un intervento; quali conseguenze si hanno sulla funzione dell'uretere e del rene anche se, con una sutura adatta, si ristabilisce la continuità del canale ureterale? Come comportarsi di fronte ad un uretere sezionato? Per avere un'idea esatta dell'argomento, bisogna conoscere in che modo funziona l'uretere normale.

L'uretere è animato da movimenti peristaltici che hanno origine in alto nel bacinetto e si propagano in basso fino allo sbocco in vescica. L'urina che viene dal rene, non è spinta in basso dalla sola vis a tergo come in un canale inerte, ma dai movimenti attivi di cui l'uretere è animato.

Alla cistoscopia ed al cateterismo di un uretere normale si constata che la fuoriuscita dell'urina avviene per eiaculazioni tipiche e non a getto continuo.

Legueu e Fey hanno dimostrato con la pieloscopia che il liquido opaco va dal bacinetto in vescica in seguito a contrazioni ureterali ritmiche.

L'uretere è completamente circondato da un plesso nervoso dipendente in parte dal simpatico: da questo dipende la coordinazione dell'onda peristaltica.

Era noto che quando si suturava un uretere sezionato, nel punto suturato si formava spesso un restringimento; a questo si attribuiva la dilatazione a monte e la consecutiva distruzione del rene.

Con una tecnica precisa, mediante nefrostomia temporanea Iselin (Marc) riuscì ad impedire la formazione di qualsiasi restringimento: il calibro dell'uretere suturato era perfettamente normale. Orbene, l'uretere si dilatava e la distruzione del rene si produceva ugualmente.

Le esperienze di Caporale (1926) e di Blatt di Vienna (1928) stabilirono che basta distruggere circolarmente un tratto dell'avventizia dell'uretere (ciò che equivale ad interrompere il reticolo nervoso che lo circonda) perchè si produca dapprima un'asincronia nei movimenti peristaltici dell'uretere ed in seguito la dilatazione a monte.

Henri Marion e Gouverneur (1929) con una serie d'interessanti esperienze sui cani dimostrarono che la sezione seguita da sutura immediata (non esistendo il minimo restringimento nel punto suturato), l'enervazione di un tratto limitato e la compressione circolare dell'uretere ne arrestano in modo identico la peristalsi normale.

Si produrrebbe dunque uno squilibrio nella normale contrazione dell'uretere con atonia seguita da dilatazione. La dilatazione quindi non è dovuta al restringimento del punto suturato ma alla discordanza fra i normali movimenti della parte superiore ed inferiore dell'uretere. La sezione dell'uretere equivale dunque alla perdita, in un'epoca più o meno remota, del rene corrispondente. Bisogna evitarla ad ogni costo e per ciò, prima di praticare un intervento addominale durante il quale vi è il pericolo di ferire l'uretere, (ciò è successo a Chirurgi e Ginecologi di gran valore) sarebbe utile mettere le sonde negli ureteri. In tal modo, si avrebbe anche il vantaggio di conoscere il valore funzionale di ogni rene (i casi di rene unico od aplasico congenitalmente non sono estremamente rari) nozione preziosa pel Chirurgo in caso di lesione accidentale dell'uretere.

Se è vero però che la sutura dell'uretere produce la distruzione del rene, se talvolta si hanno in breve tempo delle lesioni renali infettive tali da richiedere la nefrectomia, in generale i malati possono utilizzare il loro rene per molti anni la dilatazione e l'atrofia producendosi molto lentamente. Il mio Maestro ci citava il caso di una donna, operata da Lui nel 1925 di nefrectomia per idronefrosi destra dolorosa: orbene, la paz. era stata operata 19 anni prima dal celebre Pozzi d'isterectomia; durante l'operazione l'uretere era stato sezionato e suturato in modo perfetto. Il rene aveva impiegato 19 anni per atrofizzarsi. Di fronte alle ferite dell'uretere la nostra condotta deve variare da caso a caso. A noi interessano soltanto le ferite perpendicolari al lume ureterale cioè le sezioni, complete, con perdita o no di sostanza, ed incomplete.

Le ferite longitudinali che pratichiamo sull'uretere a scopo terapeutico, per asportare calcoli, guariscono semplicemente senza disturbarne la funzione.

Se durante l'intervento il chirurgo si accorge che l'uretere è stato sezionato, la sua condotta varia da caso a caso.

Se la sezione interessa la porzione pelvica dell'uretere, la sutura presenta delle difficoltà tali che è preferibile rinunziarvi.

Nel caso in cui vi è perdita di sostanza di alcuni centimetri oppure l'intervento è stato lungo è difficile (isterectomia per cancro) l'ureterorrafia è impossibile nel I caso, pericolosa nel II.

Quando nell'asportare un diverticolo od un tumore vescicale l'uretere, in tali casi rigido, ispessito ed infiammato, viene sezionato, bisogna rinunziare alla sutura poichè si avrebbe restringimento seguito da pionefrosi.

In questi casi si può tentare, se la sezione è bassa, d'impiantare l'uretere alla vescica altrimenti bisogna ricorrere all'ureterostomia: il paz. avrà una fistola sgradevole per sempre ma il suo rene è salvo.

Se invece la sezione interessa la posizione lombare dell'uretere, se questo non è infiammato ed ispessito, l'ureterorrafia è indicata, sempre che le condizioni generali dell'operando lo permettano. Fatalmente il rene si distruggerà ma potrà funzionare per molti anni.

Se, come nella paz. in questione, la lesione dell'uretere è passata inavvertita durante l'intervento, alcuni giorni dopo si ha perdita d'urina dalla vagina o dalla ferita addominale: si pensa dapprima ad una fistola vescico-vaginale ma in seguito la lesione ureterale viene resa evidente. Anzitutto bisogna in tal caso rendersi conto con certezza del lato leso e ciò può presentare delle difficoltà non lievi.

Il cateterismo degli ureteri risolve la questione in modo semplice se da un lato la sonda arriva al bacinetto mentre dall'altro si arresta a qualche centimetro dall'orificio ureterale.

Ma in alcuni casi si ha l'impressione che le sonde passano e l'urina viene dai due lati. Vi sono allora tre possibilità:

1) Esiste una sezione incompleta dell'uretere: le sonde sono realmente passate fino al bacinetto.

2) La sonda del lato leso ha dato l'impressione di essere arrivata al bacinetto ma in realtà si è arrotolata in una cavità intermedia ai due monconi dell'uretere dove l'urina si è accumulata.

3) Nell'uretere sano l'estremità della sonda è stata arrestata da una plica della mucosa, mentre nell'altro lato la sonda ci ha dato l'impressione di esser passata od è passata realmente se la sezione era incompleta.

Per evitare errori che potrebbero avere gravi conseguenze è indispensabile di praticare una radiografia previo cateterismo ureterale con sonde opache e l'uretero pielografia ascendente o discendente.

Nella paz. in questione ci si è limitati al semplice cateterismo ureterale ed il Chirurgo che lo praticò dovette avere l'impressione che le sonde passassero normalmente e pensare ad una sezione incompleta. La chiusura spontanea della fistola vaginale confermava apparentemente questo punto di vista.

Se la sonda ureterale passa realmente nel lato leso (sezione incompleta) bisogna lasciare la sonda a permanenza per molti giorni dopo avere avvivata la piccola ferita della vagina. Se la fistola è addominale la chiusura avverrà spontaneamente.

Se la sezione è completa, bisogna asportare il rene dilatato e spesso suppurato se la funzionalità del congenere è buona.

Ma la situazione si complica quando ci troviamo di fronte ad un individuo che ha un solo rene o se tutti e due gli ureteri sono stati sezionati. In tali condizioni, soltanto l'ureterostomia cutanea riesce a salvare la vita del paziente.

In *conclusione*: la sezione dell'uretere rappresenta una lesione *grave* perchè produce fatalmente la distruzione del rene corrispondente: bisogna evitarla ad ogni costo mettendo le sonde ureterali prima di praticare un intervento suscettibile di provocarla.

Se durante l'operazione ci si accorge di avere sezionato l'uretere, bisogna suturarlo immediatamente: sutura capo a capo se la lesione è alta; uretero-neo-cistostomia se è bassa; ureterostomia se la sutura non è possibile. Ma bisogna tenere sempre presente che il rene corrispondente è perduto.

Se la lesione ureterale viene constatata dopo l'intervento l'individualizzazione del lato leso a mezzo delle sonde opache e dell'uretero pielografia è di capitale importanza: si ricorrerà alla nefrectomia se l'altro rene è sufficiente, alla ureterostomia cutanea se la lesione interessa i due lati o se esiste un solo rene.

RIASSUNTO.

L'A. illustra il caso di una paz. affetta da uro-pio-nefrosi S. da sezione pregressa dell'uretere durante l'isterectomia per lesioni banali. Le condizioni generali della paz. erano disastrose avendo giù subìti tre interventi, essendo stati i suoi disturbi (dolori) attribuiti a torto agl'intestini.

La asportazione del rene S. distrutto e suppurato guarì del tutto la paz.

L'A. tratta in seguito a fondo le ferite dell'uretere suggerendo il modo di prevenirle, diagnosticarle e curarle.

BIBLIOGRAFIA.

BLATT. *Erzeugung von dynamisch functionell bedingken Hydronephrosen durch Sympathectomie am Ureter.* Zeitschrift für Urologische Chirurgie, Bd. XXV, fasc. 3-4, settembre 1928.

CAPORALE L. *La Simpatectomia periuterale*. Atti del Congresso della Società Italiana di Urologia. Padova 1926, pag. 221-223.
CHEVASSU M. *Sur la valeur à longue échéance d'une urétérorraphie pour plais accidentale de l'uretère*. Société franç. d'Urol., in Journ. d'Urol., t. XXX, n. 2, agosto 1930, pag. 199.
ISELIN MARC. *Recherches expérimentales sur la réparation de l'uretère*. (Rapport de M. LEGUEU), t. XXVII, n. 6, giugno 1929, p. 529.
NORA. *Une observation sur la valeur à longue échéanche d'une urétérorraphie pour plais accidentelle de l'uretère*. Rapport de M. MARION. Ibid., t. XXIX, n. 5, maggio 1930, p. 501.
MARION G. *Traité d'Urologie*. Masson et C.ie, édit., 1928.
ID. *De la conduite à tenir dans le plaies de l'uretère*. L'urologie du praticien, giugno 1931, pag. 3.
MARION HENRY et GOUVERNEUR. *La suture de l'uretère. Etude expérimentale*. Soc. Franç d'Urol., in Journ. d'Urol., t. XXVII, n. 2, febbraio 1929, p. 155.
ID. *Etude critique et expérimentale des plaies transversales de l'uretère*. Journ. d'Urologie, t. XXVII, nn. 4 e 5, 1929, pp. 273-390.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma.
diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

Prove cliniche dell'influenza del rene malato su quello sano.

Dott. S. SCANDURRA, specialista chirurgo.

Sono già state pubblicate varie ricerche sperimentali le quali dimostrano come un rene leso possa danneggiare, non solo l'organismo, ma influire anche sfavorevolmente sull'altro rene, ed essere causa così di quel complesso di sintomi che vanno sotto il nome di sindrome uremica, non solo per la diminuita funzione eliminatoria dei principii tossici che si formano nell'organismo, ma anche degli altri principii tossici che il rene ammalato manda in circolo. Caduta la teoria di Pousson sulla nefropatia simpatica o riflesso reno-renale, è in favore la teoria delle nefrotossine per cui dal rene malato partirebbero prodotti di disfacimento (nefrolisine, nefro- e citotossine) che andrebbero a danneggiare l'altro tessuto renale sano. Uno dei primi che si fece propugnatore di queste idee fu Nifedieff il quale dimostrò nei conigli che il siero di sangue di questi animali, in cui aveva prodotto un'idronefrosi sperimentale, produceva in un coniglio sano lesioni renali. Furono eseguite altre esperienze da varii AA. i quali diedero spiegazioni diverse a questo fenomeno a seconda delle alterazioni istologiche trovate nell'altro rene.

Secondo Ascoli e Figai nella secrezione renale sarebbero presenti non solo citotossine ma anche autonefrotossine le quali, nel caso di un'alterata funzione renale, verrebbero a determinare i sintomi dell'uremia.

Altri sperimentatori, fra cui Gall, Ozoiro e Roget, con l'anastomosi uretero-venosa hanno dimostrato quasi contemporaneamente il potere tossico della secrezione renale che hanno attribuito non all'urea ma a tossine prodotte dal rene. Questi concetti hanno importanza notevole dal punto di vista clinico perchè non è di piccolo conto il sapere che un rene ammalato può danneggiare l'altro rene (sia per l'azione di prodotti di distruzione, sia anche — come si osserva nella tubercolosi renale — per l'azione dei batteri in esso annidati e che vengono eliminati più o meno virulenti dal rene sano) ed essere causa di manifestazioni uremiche indipendentemente dal suo potere di eliminazione. È sopratutto nell'Urologia Chirurgica in cui si può chiaramente notare la giustezza di questi concetti perchè è appunto in questa branca di Urologia che ci si trova spesso di fronte a lesioni unilaterali del rene. E però questo punto di vista non ha attualmente che una scarsa diffusione in Urologia e che pertanto non è inutile illustrare dei casi, osservati nella Clinica Chirurgica di Roma, i quali lo pongono in evidenza.

CASO I. — M. T., di anni 63, maritata. Entra in Clinica il 29-IX-31. Nulla d'importante nell'anamnesi familiare e collaterale. A diciotto anni operata di splenectomia sembra per morbo di Banti; dopo l'intervento per circa 3 mesi ha avuto frequenti emorragie dopo di chè si è rimessa bene.

Da circa un anno si lagna di affanno che insorge durante la notte; ha poliuria e nicturia con urine chiare. Da circa due mesi avverte sensazione di peso e qualche dolore alla regione renale di sinistra, per cui trova sollievo a letto mettendo un cuscino sotto la regione lombare. In questi ultimi giorni ha notato l'ingrossarsi del fianco sinistro. Questa notte, all'improvviso, in pieno benessere, venne colpita da dolore vivissimo alla regione renale sinistra che s'irradiava in basso, accompagnato da emissione di urine rosse. La colica si è protratta fino al mattino mentre l'ematuria persiste ancora.

E. O. Costituzione scheletrica regolare; colorito della pelle e delle mucose visibili pallido; pannicolo adiposo abbondante e flaccido; muscolatura poco valida.

Cuore: soffio sistolico alla punta.

Addome: la palpazione superficiale è possibile, però provoca vivo dolore a sinistra ove si apprezza una resistenza profonda a limiti indistinti. La palpazione profonda a sinistra provoca viva difesa. Con la palpazione bimanuale della loggia lombare non è possibile definire meglio la resistenza a causa del dolore. Segno del Giordano presente a sinistra. Punto costo-vertebrale e costolombare dolenti a sinistra.

Esame delle urine (29-XI-31): densità 1023; reazione acida; urea 8 ‰; albumina tracce; glucosio assente. Sedimento: tutto il campo è pieno di emazie, rari leucociti ben conservati.

Esame delle urine (15-X-1931): reazione acida; albumina tracce; glucosio assente; urea 10 ‰. Sedimento: emazie, leucociti in discreta quantità e cellule di sfaldamento delle basse e alte vie urinarie.

Prova della fenolftaleina: nella prima ora 23 %; nella seconda ora 22 %.

L'azotemia ripetuta a distanza ha dato:

il 7-X-31: 1 ‰
» 16-X-31: 1,15 ‰
» 19-X-31: 1,50 ‰

R. W. negativa.

Radiografia: Si nota una voluminosa massa che fa parte dell'ombra renale, d'intensità uniforme; non ombre riferibili a calcoli.

Cistoscopia: Mucosa vescicale normale. Sbocco ureterale destro bene evidente e mobile; da esso si vedono fluire urine limpide. Dallo sbocco ureterale sinistro, apparentemente normale, fuoriescono in modo continuo urine ematiche. Si cateterizza l'uretere di sinistra e vi s'iniettano per la pielografia 30 cc. di uroselectan al 10 %.

I caratteri radiologici stanno per un'affezione cistica del rene sinistro.

La paz. si è aggravata; ha abbondanti enterorragie; il polso malgrado siano stati praticati tre salassi presenta pressione elevata.

Azotemia: 1,50 ‰

8-XII-31: Pressione sanguigna: Mx 120; Mn 70.
26-XII-31: Pressione sanguigna: Mx 130; Mn 55.

Visto che le condizioni della paz. vanno sempre più aggravandosi, si decide l'intervento che viene eseguito dal prof. Alessandri il 7-I-32.

All'esame diretto il rene sinistro si presenta ingrandito e difficilmente estrinsecabile, per la presenza di grosse cotenne mediante le quali è fortemente aderente alla capsula adiposa. Nefrectomia.

Il pezzo asportato fa vedere la totale scomparsa del parenchima renale che è completamente sostituito da una cavità anfrattuosa ripiena di pus denso, di aspetto biancastro. Il tessuto che delimita la cavità è di aspetto scirrotico, di colorito grigiastro, avente vario spessore. Si fa diagnosi di sclerosi lipomatosa del rene sinistro.

La paz. guarisce facilmente. Scompaiono tutti i segni uremici. Le urine ben presto tornano chiare. Le minzioni normali.

L'azotemia ripetuta una settimana dopo l'intervento è di 0,56 ‰ e dopo 15 giorni di 0,42 ‰.

La pressione sanguigna dopo 12 giorni dall'intervento è: Mx. 130; Mn. 95.

Dopo l'intervento non si è notato alcun segno d'insufficienza renale. La paz. lascia la Clinica guarita.

Caso II. — C. G., di anni 44, operaia, coniugata. Entra in Clinica il 18-XI-1930.

Anamnesi familiare negativa. Nata a termine. Normali i primi atti fisiologici. Mestruata a 15 anni. Sposata a 19 anni. Non ha avuto prole. Nega lues e malattie veneree. A 20 anni anemia acuta durata 2 mesi. A 27 anni polmonite bilaterale. A 32 anni operata di ovariectomia bilaterale.

Dieci anni fa ebbe nella regione renale destra crisi dolorose irradiantisi verso la radice dell'arto omonimo, della durata di un giorno circa, accompagnate da modiche elevazioni febbrili, vomito e urina scarsa e di aspetto torbido. Tali crisi si sono ripetute ad intervalli piuttosto lunghi (ogni 5/6 mesi) ed hanno avuto una durata piuttosto breve. Dall'inizio di detti disturbi la paz. ha notato forte dimagramento.

Dalle varie ricerche eseguite si fa diagnosi di uro-pio-nefrosi del rene destro.

Radiograficamente non si nota presenza di calcoli nè a carico del rene destro nè a carico del rene sinistro.

L'esame dell'urina fa rilevare un'abbondante piuria.

Esame cistiscopico: capacità vescicale 250 cmc.; mucosa vescicale pallida con rete vasale ben disegnata; leggermente arrossata la metà destra del trigono; lo sbocco ureterale sinistro di aspetto normale, si contrae ritmicamente; sbocco ureterale destro leggermente arrossato e ad ogni contrazione lascia defluire un forte getto di pus.

Esame della funzione renale: azotemia (26-XI-1930): 0,65‰, ripetuta il 6-XII-1930: 0,78 ‰ e il 12-XII-1930: 0,80 ‰.

Eliminazione della S. F. F.: 23 % in un'ora.

Cromocistoscopia con indaco-carminio per via endovenosa (1 ctgr.): si osserva che il colore ritorna a sinistra dopo 8', mentre a destra non compare dopo 18'.

La prova della poliuria provocata dà l'eliminazione dell'acqua ritardata, raggiungendo il massimo verso la terza ora.

L'eliminazione dell'urea avviene in modo quasi uniforme senza risentire un gran che della poliuria.

Da quanto sopra è stato esposto si nota che la funzione renale in questo caso mostra un'insufficienza.

La pielografia, previo cateterismo dell'uretere destro ed iniezione di 20 cmc. di uroselectan, fa vedere verso il punto medio dell'uretere di destra una grossa ombra che con tutta probabilità corrisponde ad una sacca riempita di uroselectan.

Durante la degenza la paz. ha avuto forti dolori nella regione renale di destra con diffusione in basso verso la linea ureterica dello stesso lato. Contemporaneamente ha avuto febbre e vomito; quest'ultimo sintoma ha persistito per qualche giorno, mentre la febbre è caduta dopo una scarica di urina purulenta.

Le condizioni generali della paz. erano mediocri. La pielografia faceva supporre che il parenchima renale ancora conservato fosse ridotto a destra ad un minimo o fosse addirittura scomparso. La paz. venne sottoposta a dieta ipoazotata lattea, fu prescritto riposo assoluto a letto, vennero praticate giornalmente iniezioni di urotropina. Ciò nonostante l'azotemia tendeva ad aumentare. Dato che le condizioni della paz. lo consentivano, si decise l'intervento chirurgico che venne eseguito dal prof. Brancati il 16-XII-1930.

L'esame diretto del rene destro confermò la diagnosi clinica di una uropionefrosi del rene destro. Venne eseguita la nefrectomia destra.

La paz. ha sopportato benissimo l'intervento ed ha avuto un decorso post-operatorio ottimo, senza per altro notare alcun segno d'insufficienza renale. L'azotemia, ripetuta dopo una settimana dall'intervento, era di 0,52 ‰ e dopo 24 giorni dall'intervento era di 0,40 ‰.

La paz. esce perfettamente guarita ed aumentata di 2 Kg. di peso.

Caso III. — C. G., di anni 41. Viene ricoverato in clinica con una storia piuttosto lunga di dolori nella regione lombare sinistra. Tali dolori, a

dire dell'infermo, rimontano fin dall'età di 8 anni; si sono presentati saltuariamente, a volta in forma lieve, tal'altra sotto forma di colica. Tali dolori per tanti anni sono comparsi senza causa alcuna e non erano accompagnati da febbre, mentre dall'età di 30 anni si son fatti più insistenti, sono insorti in forma più violenta, a tipo colico, con irradiazioni all'inguine e all'emiscroto destro, accompagnati da vomito e da febbre.

L'esame dell'urina dà una piuria abbondante.

La radiografia fa vedere quattro calcoli nel rene destro, niente a carico del sinistro.

La cistoscopia fa vedere la vescica ricoperta da mucosa presso a poco normale; dal meato ureterale sinistro si vedono defluire fiocchi di pus.

La cromocistoscopia, previa iniezione di 1 ctgr. di indaco-carminio, ci fa vedere che il colore ritorna a destra dopo 8', a sinistra non compare affatto.

La poliuria sperimentale dimostra ritardo nell'eliminazione dell'acqua, raggiungendo il massimo verso la terza ora.

L'azotemia eseguita dopo una settimana di dieta ipoazotata, stando il paziente a riposo assoluto, era di 0,40 ‰ e dopo 12 giorni di 0,48 ‰.

Dato che le condizioni generali del malato si mantenevano buone venne deciso l'intervento che venne eseguito dal prof. Alessandri.

All'esame diretto sul rene, una volta confermata la diagnosi di pio-nefrosi venne eseguita la nefrectomia sinistra.

Il decorso post-operatorio è stato ottimo.

L'azotemia ripetuta dopo 15 giorni dall'intervento era di 0,42 ‰.

Il paz. esce guarito.

Caso IV. — C. P., di anni 48. Impiegato. Entra in clinica il 12-VI-1931 per tubercolosi renale sinistra.

Nulla d'importante nell'anamnesi personale e familiare.

Da circa due mesi si lagna di dolori alla regione renale sinistra che si presentano saltuariamente, accompagnati da disturbi della minzione. L'esame cistoscopico fa vedere una vescica con lesioni tipiche nella metà sinistra, sbocco ureterale destro di aspetto normale e ben funzionante.

La prova con l'indaco-carminio dà comparsa del colore a destra dopo 3', mentre a sinistra non si vede tornare dopo 16'.

La prova della poliuria dà massimo dell'eliminazione dell'acqua dopo un'ora e tre quarti con una curva di eliminazione pressochè uguale; l'eliminazione dell'urea si mantiene quasi invariata.

L'azotemia che in un primo tempo era di 0,56 per mille, crebbe ben presto a 0,70 ‰ e infine raggiunge 0,90 ‰.

L'esame obiettivo dei diversi organi ed apparati non dimostrò alcuna alterazione. Nonostante l'azotemia elevata venne deciso l'intervento che consistè nella nefrectomia sinistra (eseguita dal prof. Valdoni).

Il decorso post-operatorio è stato ottimo; le condizioni generali dell'infermo sono ben presto migliorate; l'azotemia dopo 10 giorni dall'intervento è scesa a 0,60 ‰, e ripetuta a distanza di 16 giorni dall'intervento era ridotta a 0,40 ‰.

Non si ebbe a notare il minimo segno d'insufficienza funzionale renale.

Considerazioni.

Con questi casi clinici viene confermato il concetto, desunto da dati sperimentali, secondo cui un rene ammalato lede quello sano per tossine che manda in circolo che sono capaci quindi di diminuire la funzione renale. Questa è un'altra conferma clinica che segue alle ricerche sperimentali le quali spesso tracciano la via dietro a cui si muovono le cure nuove del malato.

L'abbassamento del tasso azotemico dopo la operazione, che per sè ha valore di rialzarlo, dimostra come il rene superstite funzioni più facilmente privato del rene malato che non quando questo sopravvive. D'altra parte, pure ammettendo pienamente l'importanza che la valutazione esatta della funzione renale ha nel giudizio prognostico sulla possibilità o meno di eseguire la nefrectomia nelle lesioni unilaterali, non bisogna dimenticare l'influenza che fattori extrarenali e sopratutto epatici hanno sul rene stesso, potendo determinare, a rene integro, uno stato apparente di ipofunzionalità. Onde il valore alto dell'azotemia può attribuirsi tanto a una lesione renale quanto ad una lesione epatica, ed in alcuni casi farlo dipendere quasi esclusivamente da fattori extrarenali. Infatti si osservano in Clinica malati che sopportano bene gl'interventi e guariscono anche con un grado di azotemia notevole. Oltre a ciò, l'azotemia va ripetuta, prima di trarre da essa deduzioni definitive, perchè può accadere che il rene si trovi in equilibrio funzionale instabile e quindi presenti uno stato di funzionalità che non è certo definitivo; si possono in questo modo spiegare i casi di quei pazienti che soccombono per uremia nonostante un tasso azotemico buono. Sarebbe interessante di dare una spiegazione esatta del fatto. Io credo che meglio che di organo a secrezione interna, come s'intende oggigiorno, si debba pensare che il rene agisca da una parte come laboratorio chimico di trasformazione di sostanze e non solo di eliminazione, e che dall'altra eserciti un'azione nell'organismo versando per mezzo delle vene emulgenti i prodotti del metabolismo cellulare. Questa azione è sopratutto sensibile quando esistono processi che alterano il parenchima renale; le cellule renali spiegano un'azione tossica la cui importanza è stata dimostrata da precedenti esperienze e confermata dalle mie (1). Questo punto merita una speciale attenzione da parte dei chirurgi. È già stato sospettato per alcuni reperti clinici, che un rene leso eserciti un'a-

zione sfavorevole su quello sano, il quale viene così ad avere abbassata la capacità funzionale. Benchè sembri a tutta prima paradossale, questa capacità subisce talora un miglioramento con l'estirpazione del rene leso.

RIASSUNTO.

L'A. attraverso lo studio di quattro casi clinici di lesioni renali, si propone di addurre alcune prove dell'influenza del rene malato su quello sano.

NOTE DI TECNICA

Colorazione della "Spirochaeta pallida„ al violetto di genziana diluito e alcalinizzato.

Dott. Michele Zingale (Firenze).

Per la dimostrazione su striscio del treponema pallido, resa difficile dalla composizione istochimica di questo germe (esiguità di nucleoproteidi, prevalenti albuminoidi e lipoidi) viene solitamente data la preferenza a *miscele coloranti*, più o meno complesse di formula e di tecnica, in uno o in più tempi. Ridurre ad un sol tempo la colorazione, e questo tempo al meno possibile, è stato l'obiettivo immediato di metodi recenti e numerosi.

Ho creduto però dovesse essere più interessante, dal punto di vista pratico, il tentare di perfezionare possibilmente un metodo *monocromico*, riferendosi ad uno dei coloranti più comuni, e lasciandogli tuttavia la massima semplicità d'uso.

Tale è il violetto di genziana, che non manca sul tavolo di ciascun medico, per le ricerche bacteriche correnti.

Herxheimer l'aveva già suggerito nella sua forma più semplice di soluzione satura, a caldo; ma i resultati, se debbo tener conto anche dei miei personali controlli, sono poco soddisfacenti.

Il rendimento è invece ben diverso procedendo come segue: Soluzione di violetto anilinato secondo la formula di preparazione nota: violetto di genziana in soluzione alcoolica satura gr. 10; acqua di anilina filtrata gr. 100.

Soluzione alcalina: Carbonato neutro di potassio ctg. 10; acqua distillata gr. 200.

Si versano in un ampio vetro da orologio 10-12 cmc. di detta soluzione alcalina alla quale si aggiungono estemporaneamente altrettante gocce di violetto (e cioè: goccia una per cc.).

Dopo fissazione dello striscio alla fiamma, vi si capovolge sopra il vetrino da esaminare — che aderisca alla superficie liquida senza restarne sommerso — e si riscalda quindi ai primi vapori, avendo cura di mantenerli costanti per *soli tre minuti*, massima durata per una colorazione efficiente.

Si lava ad acqua corrente, si asciuga e si osserva.

Agendo così, e non versando direttamente il liquido sul vetrino, si attenuano gli effetti del calore, si evita di filtrare, di sporcarsi e di rinnovare il colore più volte.

Il risultato è che il risalto della spirocheta è *maggiore* che con l'uso della miscela acido-basica del Giemsa.

Interessante è il fatto di tonalità diverse *ben distinte* che assume il colore nel campo, e che rende questo metodo partecipe dei vantaggi delle colorazioni policromatiche delle miscele eterogenee.

Difatti, su un fondo uniforme grigio-perla (con tenuissimo riflesso del colore dominante) si osservano detriti cellulari coloriti in un bel viola vivace, brillante.

La flora bacillare, coccica e spirillare si presenta intensamente colorata in bleu-violetto; così pure i nuclei.

I globuli rossi sono colorati in lilla chiaro.

La spirocheta pallida prende il *lilla più intenso* che assume il bordo dei globuli rossi, il che può servire da riferimento e controllo.

Disponendo d'illuminazione artificiale si preferisca la lampada azzurra « a luce solare » (50 candele, 1/2 Watt: sufficiente).

Un altro vetrino, colorato contemporaneamente a freddo col solo violetto, può servire all'eventuale ricerca del gonococco, pel quale interessa verificare i rapporti coi globuli del pus.

Vi è dunque la possibilità di mettere in evidenza la spirocheta contemporaneamente ad altri germi associati.

Ma il vantaggio precipuo, che questo metodo ha in comune col Giemsa, è quello di potere sicuramente distinguere la spirocheta dalle pseudospirochete. La differenza di colorazione è nettissima.

Esaminando preparati di sierosità raccolta da placche vegetanti scrotali o perianali, in cui la promiscuità della pallida con la *refringens* specialmente, è un fatto costante, si può rendersi conto di quanto importi questo particolare: così difficile può essere, anche ad occhio molto esercitato, distinguere, in base ai soli caratteri morfologici, certe pseudospirochete dalle spirochete vere.

Vi sono dei casi in cui uno o due treponemi soltanto, reperiti ad un esame attento, lascia-

no in uno stato di perplessità grande e giustificata di fronte alla responsabilità del giudizio che urge. Sono questi, per lo più, quegli stessi casi in cui capita di osservare con particolare frequenza forme atipiche, sieno di riposo o *rammollite* a spire poco regolari, rese irregolari da atteggiamenti e flessioni diverse, forme in divisione o in degenerazione parzialmente o totalmente *distese* a bastoncino, contratte e come condensate, così da apparire più grosse del solito e con estremità appuntite ma non affilate, talora elementi di appena qualche spira, ecc.

Ora, il potere in questi casi fare sicuro affidamento sulle modalità tintoriali che la spirocheta va ad assumere, è di una indiscutibile utilità.

Per questa considerazione io son d'avviso che quei metodi i quali si limitano a mettere in buona evidenza la spirocheta in guisa da poterla *anche* distinguere ed individuare con certezza di fronte a qualsiasi associazione spirochetica banale, sieno da preferirsi a quegli altri che mirano a colorirla in maniera intensissima.

Ho voluto in due casi, usando il metodo di ricerca suesposto, soprassedere nel giudizio, per la circostanza di aspetti morfologici non molto convincenti di due, tre spirochete appena, trovate in tutto il campo, pur essendomi chiaro che la colorazione virava nettamente al rosso e non al bleu. Manifestazioni cutaneo-mucose sopraggiunte hanno confermato l'esattezza del giudizio desumibile dai soli caratteri tintoriali, in siffatta condizione d'esame.

Oltre a ciò, la semplicità in quanto si utilizza un colorante d'uso affatto comune, la rapidità di dimostrazione, l'evidenza perfetta, rendono, ritengo, questo mio metodo meritevole d'essere largamente esperimentato.

Gonococco, streptobacillo e spirocheta possono essere intanto tutti e tre colorati con la stessa sostanza: il violetto di genziana.

Firenze, 26 luglio 1932-X.

RIASSUNTO.

L'A. espone un metodo di colorazione della spirocheta pallida al comune violetto di genziana, suggerendo una opportuna quanto semplice modalità di tecnica.

Metodo che utilizza senz'altro il più usato dei coloranti per ricerche batteriche, è quindi accessibile a chiunque.

Rapidissimo, dà una colorazione brillante del campo, evidenza perfetta del treponema ricercato, chiare differenziazioni metacromatiche dei vari elementi isto-bacteriologici.

SUNTI E RASSEGNE.

ASMA.

Il valore terapeutico di certi equivalenti d'asma.

(L. DE GENNES. *Paris méd.*, n. 8, 1932).

Frequente a constatarsi è la coincidenza o l'alternarsi dell'asma con la corizza o la tracheo-bronchite spastica o l'orticaria o l'eczema; talvolta anzi questa alternanza morbosa appare così stretta che n'è venuto il concetto d'*equivalenza morbosa*, considerando equivalenti dell'asma a volta a volta o la corizza o la tracheo-bronchite spastica o l'orticaria o l'eczema.

Più interessante ancora è la constatazione, più rara ma documentata, dell'efficacia terapeutica, per così dire, di certi equivalenti nei riguardi delle crisi asmatiche, in quanto il mantenimento o la provocazione di alcuni di essi da parte dell'ammalato asmatico può valere ad attenuare o a troncare la crisi dispnoica cui l'a. è in preda.

L'A. in proposito riferisce alcune osservazioni cliniche.

Giovane donna, sarta. Da anni asmatica (asma pluristagionale, ma prevalente in inverno, con esacerbazioni nelle fasi premestruali) non presentante alcuna sensibilità specifica conosciuta, sensibile al freddo, all'umidità, all'emozione, alla fatica. Spesso tracheobronchiti apirettiche, migliorate dall'efedrina. Durante una gravidanza, nei primi mesi, mentre l'asma non dà segni di sè, si sviluppa un eczema generalizzato, che dura con alternative di miglioramento e peggioramento per i primi quattro mesi della gravidanza. Dal quinto mese in poi l'eczema s'alterna e negli ultimi mesi l'a. non presenta nè asma nè manifestazioni cutanee. Dopo un mese circa dal parto sopravviene un grave accesso asmatico che si prolunga per parecchi giorni ed infine sbocca in un vero e proprio stato di male asmatico, resistente all'efedrina e soltanto calmato per qualche minuto dell'efetonina e attenuato dalla morfina.

Esiste eosinofilia nell'espettorato (40 %, nel sangue 4 %).

A questo punto, avendo l'a. una piccola piaga cutanea sul braccio destro, secondaria a un trauma, leggermente infettata, applicò su di essa una compressa fissandovela con un cerotto a base di colla di pesce; in poco tempo si sviluppa tutt'all'intorno della medicazione un eczema, che rapidamente si estende all'avambraccio e al collo, pruriginosissimo. Contemporaneamente apparvero eczemi al viso, iperemia congiuntivale e su tutto il corpo, pomfi d'orticaria e prurito intenso. Mentre da un lato queste manifestazioni cutanee appa-

rivano, dall'altro lo stato di male asmatico s'attenuava e rapidamente scompariva.

Avendo l'A. cercato a mezzo di cutireazioni s'era possibile identificare l'agente di queste imponenti manifestazioni cutanee, trovò che l'a. si dimostrava sensibile alla albumina di certi pesci, crostacei e molluschi, la cui applicazione sulle scarificazioni cutanee provocava una reazione orticarica quasi immediata. D'altro canto risultò che nel cerotto impiegato era contenuta, come si disse, della colla di pesce in forte proporzione: di qui parve logico mettere in relazione l'orticaria e l'eczema con questo elemento. La provocazione, fortuita in questo caso, d'un eczema generalizzato aveva troncato in poche ore uno stato di crisi d'asma subentranti, che s'erano riscontrate resistenti ai medicamenti soliti (comprese autoemoterapia, inizione di peptone).

Tre settimane durarono le manifestazioni cutanee e in questo frattempo l'asma tacque. In seguito, a più riprese, quando di accessi asmatici ricomparivano e tendevano a prolungarsi, l'a. applicò il suo cerotto sulla regione presternale, provocò l'eczema e vide le crisi attenuarsi e scomparire. Delle cutireazioni ripetute con albumina di pesce, fatte con lo scopo di agire terapeuticamente sull'asma, non sortirono alcun effetto. D'altra parte l'iniezione sottocutanea di albumina di pesce provocava una reazione locale vivissima seguita da un eczema generalizzato, ma non provocò mai degli accessi asmatici, quasi che questi ultimi fossero legati ad altri fattori causali, diversi da quelli provocatori d'eczema e d'orticaria.

Quest'osservazione non è isolata: l'A. riferisce ancora il caso d'una donna, affetta da un eczema delle lavandaie, che artificialmente si provocava queste lesioni alle mani per troncare uno stato asmatico intercorrente.

M. Abrami riferì all'A. il caso di un asmatico che si provocava volontariamente un eczema, benefico nei riguardi del suo acme, applicandosi dell'olio di croton sul petto.

Un'altra osservazione, che differisce dalle precedenti ed è del pari interessante, ebbe occasione di fare l'A. nel reparto di Lortat-Jacob e Saint-Louis.

Si trattava di una donna anziana, vecchia asmatica, che da quattro anni contemporaneamente presentava un eczema. La comparsa delle lesioni cutanee non aveva in questo caso per nulla attenuato l'intensità degli accessi asmatici. Le cutireazioni erano tutte negative; discreta l'eosinofilia sanguigna (8 %); nessuna organopatia apprezzabile: nessun medicamento classico dell'asma si dimostra efficace; soltanto l'efetonina troncava momentaneamente gli accessi d'asma, senza per altro esercitare azione alcuna sull'eczema.

Per consiglio di Lortat-Jacob l'A., seguendo il metodo di Jennerson, coprì con un foglio di tessuto impermeabile le lesioni cutanee, coll'intento di provocare un'essudazione. Il giorno successivo l'A. constatò che, se da un lato l'eczema persisteva e gemeva sierosità abbondantemente, le crisi asmatiche per contro erano scomparse. Il fatto si ripetè in seguito ogni qualvolta fu messo in opera il procedimento suddetto, quasi che, dice l'A., la essudazione di sierosità eczematosa, artificialmente provocata, inducesse un'eliminazione salutare di corpi tossici o sensibilizzanti, agendo beneficamente sullo stato asmatico.

Se questi fatti non autorizzano senz'altro a pensare che la provocazione artificiale di equivalenti cutanei dell'asma possa costituire una cura di questa malattia, mostrano però (fatta una debita riserva per la possibilità d'interferenze psichiche, in tal campo non sempre ben valutabili) che due dei fenomeni della serie detta artritica, sebbene provocati da cause differenti, possono sostituirsi così esattamente che l'uno costituisce un elemento curativo dell'altro. P. MOLINARI-TOSATTI.

Le rino-tracheo-bronchiti anafilattiche discendenti asmogene.

(A. JACQUELIN e G. BONNET. *Paris méd.*, n. 8, 1932).

Nella maggior parte dei casi di « raffreddore da fieno », in cui sia dato seguire a lungo e attentamente lo svolgersi dei fenomeni, si nota che i fatti infiammatorî iniziano a livello delle mucose più superficiali, quali le congiuntive, la pituitaria, quella del rino-faringe, per estendersi progressivamente in profondità (laringe, trachea, grossi bronchi e bronchioli). Corrisponde a questa successione morbosa una serie di sintomi parallelamente manifestantisi: lacrimazione, brucior d'occhi, sternuti a salve, rinorrea, poi congestione faringea e tosse secca, stizzosa, spesso a tipo di pertosse, senso di bruciore tracheale, in seguito ronchi, che stanno ad indicare l'interessamento dei grossi bronchi, infine rantoli sibilanti e russanti, testimoni del processo essudativo che si svolge a carico dei fini bronchi e dei bronchioli. È a questo punto, e quando probabilmente si aggiunge una particolare tendenza spasmodica ai fenomeni vasomotori, che scoppia la dispnea di tipo asmatico.

Di fronte al fatto sorge il problema: per qual meccanismo dal raffreddore da fieno si passa all'asma da fieno, quali sono i rapporti che intercedono fra la sensibilizzazione delle vie aeree superiori e la sensibilizzazione delle vie aeree inferiori? Problema tanto più interessante perchè non si limita alla sola forma di sensibilizzazione ai pollini, ma è estensibile alle corizze spasmodiche aperiodiche, in cui non pare che i pollini abbiano parte alcuna, e ai rapporti di queste con lo sviluppo dell'asma.

Fra le cause e i meccanismi di questa evoluzione estensiva gli AA. prospettano le seguenti:

1) La continuità delle mucose, che reagiscono all'infiammazione (fattore secondario).

2) L'apporto diretto dei pollini sulla mucosa tracheo-bronchiale in coloro che cronicamente soffrono di stenosi nasale e respirano a bocca aperta, o, più spesso, in coloro che momentaneamente, per la congestione e il turgore della mucosa nasale in preda a corizza da pollini, soffrono di ostruzione nasale e sono obbligati a respirare per la bocca.

3) Intervento di fenomeni di « eliminazione diatesica » in quanto la manifestazione anafilattica iniziale agirebbe da punto di richiamo nei riguardi di questi fenomeni diatesici di fissazione e di eliminazioni tossiche, i quali contribuirebbero alla loro volta a estendere la zona di reazione, aumentandone la violenza e prolungandone la durata.

A questo terzo fattore o complesso di fattori gli AA. danno importanza preponderante, e portano in appoggio a questa loro concezione una serie di fatti, tratti dall'osservazione clinica.

a) Manifestazioni di sensibilizzazione specifica del tipo sopra descritto si trovano essenzialmente in individui di ceppo diatesico « artritico », come è rilevabile dallo studio accurato degli antecedenti ereditarî, collaterali e personali degli individui stessi. Gli AA. a questo proposito riferiscono dettagliatamente un caso che può servire da paradigma.

Donna di 37 anni, coniugata. Nell'anamnesi familiare, a carico degli ascendenti: nonna materna affetta fin da giovane da asma particolarmente grave; nonna paterna ipertesa, sofferente d'angina di petto; madre uricemica, affetta di emicrania, sofferente cronicamente per dolori reumatici, soggetta a più riprese a crisi d'enterocolite molto dolorose, dopo un attacco grave d'appendicite; padre affetto da orticaria, da prurito notturno e da eczema secco, molto pruriginoso, avendo presentato, nella sua storia morbosa, dopo una febbre tifoide, adenopatie cervicali tubercolari fistolizzatesi, e dai trent'anni in poi bronchiti recidivanti, specialmente durante la stagione invernale, e nei periodi intervallari abbondante, persistente « catarro », e successivamente enfisema polmonare, dispnea da sforzo e, raramente, dispnea parossistica di tipo asmatico. A carico dei collaterali: un fratello affetto fin dall'età più tenera da eczema e orticaria, intermittentemente (una di queste crisi d'orticaria, senza causa alimentare identificabile, particolarmente grave con febbre a 40°, edema della glottide e dispnea di tipo asmatico), ipersensibile a molti alimenti, in particolare alle uova, sofferente altresì di seborrea intensa del cuoio capelluto, resistente a ogni terapia. Nell'anamnesi personale dell'ammalata: innanzi tutto intolleranza assoluta al latte di più nutrici e nella prima infanzia vomiti a ripetizione e, spesso, congestioni faringee e angine. Verso i 7 anni insonnia e convulsioni a più riprese; successivamente frequenti disturbi digestivi (dilatazione atonica dello stomaco constatata radiologicamente); a 18 anni una glicosuria passeggera, crisi di lombaggine con eliminazione di urati e fosfati in abbondanza. A 28 anni attacco appendicolare, non seguito da operazione; nel corso di due gravidanze vomiti anormalmente intensi e segni d'insufficienza epatica. A 32 anni altre manifestazioni uricemiche sotto forma di un episodio di sciatica, che cedette a forti dosi di atophan, in seguito lombaggine e dolori articolari. Verso i 34 anni a questi disturbi succedettero delle manifestazioni di tipo spasmodico e nervoso: uno spasmo pilorico controllato radiologicamente, crisi di emicrania e uno stato permamente di depressione nervosa; a 35 anni comparve eczema secco circoscritto, scialorrea e perlèche. Nel maggio 1930, in occasione di un soggiorno in campagna, sopravvenne il primo attacco d'asma da pollini tipico; in seguito, sempre in occasione di soggiorni in campagna in primavera o in estate, a tre riprese, manifestazioni asmatiche, che ogni volta comparvero dopo più giorni di rinite e di rino-tracheo-bronchite discendente. Dall'epoca di comparsa di questi fenomeni respiratorî intermittenti d'evidente origine pollinica si stabilì un'ipersecrezione bronchiale mattutina persistente, mentre in precedenza l'a. non aveva mai avuto espettorazione. Contemporaneamente all'apparizione dell'anafilassi respiratoria sparirono completamente gli altri disturbi articolari, digestivi, spasmodici, emicranici, cutanei, in precedenza a volta a volta dominanti.

In quest'osservazione clinica gli AA. vedono la dimostrazione evidente dei rapporti stretti che uniscono l'anafilassi respiratoria pollinica alla diatesi artritica generale. Dopo una lunga storia di diatesi non fissata, nell'ambito della quale le singole localizzazioni cutanee o viscerali succedono l'una all'altra per il giuoco vicariante dei « *trasporti metastatici* », delle cosidette « *alternanze morbose* », insorge l'anafilassi respiratoria, la quale nel terreno diatesico appunto trova il suo punto d'attacco; l'anafilassi respiratoria a sua volta apre una nuova via di derivazione diatesica, crea la causa localizzatrice a livello di un apparato broncopolmonare fino allora indenne. Si stabilisce permanentemente un'essudazione bronchiale di eliminazione, mentre scompaiono i vari accidenti morbosi, attraverso i quali la diatesi generale s'era in precedenza esteriorizzata.

b) In certi malati di corizza spasmodica si possono vedere alternarsi periodi d'aggravamento, in cui alla rinite s'aggiunge bronchite e talvolta asma, e periodi di migliora-

mento, in cui le manifestazioni sono unicamente nasali. Ora l'aggravamento apparve agli AA. in relazione con periodi di fatiche eccessive, fisiche e psichiche, d'eccessi alimentari aggravanti l'auto-intossicazione cui sono in preda questi ammalati; il miglioramento in rapporto con un regime di disintossicazione, con l'istituzione di cure appropriate d'opoterapia epatica o colagoghe, cure jodiche o jodosolforose, dirette contro il fondo diatesico.

c) In un'altra serie di casi gli AA. ebbero campo di constatare, dopo numerose crisi gravi di rino-tracheo-bronchite anafilattica discendente, il manifestarsi spontaneo d' « eliminazioni vicarianti » a livello di altri territorî: pelle (eczemi), intestino (enterite o enterocolite muco-membranosa), o ancora sotto forma di crisi d'emicrania e talvolta di manifestazioni psicopatiche di tipo melanconico o ansioso. Ora, una volta apparsi questi accidenti, interpretabili come fissazioni diatesiche successive sugli organi corrispondenti, l'esposizione degli stessi soggetti ai pollini, nelle stesse condizioni, non provoca che fenomeni lievissimi (corizza spasmodica passeggera) o nulla affatto.

d) Un'ultima serie d'osservazioni cliniche ha permesso agli AA. d'identificare il seguento tipo di successione morbosa: in un primo tempo raffreddore da fieno benigno, limitato alle vie aeree superiori, in seguito crisi più gravi che sboccano in manifestazioni tipiche di asma da fieno: sempre però fino a questo punto asma anafilattico puro, legato strettamente per tempo e luogo ai pollini. Più tardi, al contrario, le manifestazioni morbose cambiano di tipo: sempre l'inizio loro è legato all'esposizione ai pollini, ma la loro evoluzione ulteriore non è più condizionata da questa influenza specifica, la soppressione della causa-antigena non è seguita dalla cessazione immediata dei fenomeni stessi; questi continuano per loro conto per un tempo più o meno lungo. Gli è che, secondo gli AA., il processo iniziale vasomotorio e secretorio, d'origine anafilattica, ha servito, in terreno diatesico, da punto di richiamo, da influenza localizzatrice di corrispondenti « eliminazioni tossiche vicarianti ». Queste eliminazioni prolungano e mantengono la dispnea al di là dell'influenza anafilattica specifica. L'asma, che primitivamente era anafilattico, è divenuto un « *asma essudativo* », via di scarico dell'intossicazione diatesica.

Se tutto questo da un punto di vista teorico è interessante, non minore interesse offre dal punto di vista pratico, nei riguardi della cura. Se il comune trattamento locale, nasale, della rinite iniziale (raddrizzamento del setto deviato, riduzione di una ipertrofia di cornetti, ablazione di polipi, protezione della mucosa con olii efedrinati o adrenalinizzati) è in certi casi utile, in quanto, ristabilendo la permeabilità nasale, evita l'inalazione diretta dei pollini e previene l'estensione della rinite anafilattica verso la profondità, in altri casi può sortire un effetto opposto: la rinite vien stroncata, ma per contro la bronchite si manifesta acutamente e ad essa fan seguito degli attacchi d'asma molto più gravi che prima di ogni trattamento nasale.

Par quasi, secondo gli AA., che al cessare della via d'eliminazione nasale la via d'eliminazione bronchiale acquisti una maggiore capacità funzionale, così come la brusca scomparsa di un eczema, sia spontanea sia provocata, è spesso il segnale di comparsa d'accidenti viscerali o parenchimatosi d'ordine autotossico; fatti di tal genere, dagli AA. ben documentati, suggeriscono l'idea di una « metastasi » diatesica. Ora nel caso specifico a una manifestazione diatesica relativamente benigna si sostituisce un'altra manifestazione più fastidiosa e più dannosa.

Tutto questo induce a ben ponderare all'atto di adottare un indirizzo terapeutico in queste forme: in ogni caso conviene associare al trattamento nasale una cura generale, diretta non solo contro la sensibilizzazione anafilattica, ma anche, nei limiti del possibile, contro la diatesi artritica; e quindi da un lato autoemoterapia, autosieroterapia, peptonoterapia (terapia di desensibilizzazione generale preferibile, secondo gli AA., a quelle di desensibilizzazione specifica), dall'altro opoterapia epatica, colagoghi, drastici a scopo derivativo intestinale, vescicatorî o cauterizzazioni a scopo derivativo cutaneo, diuretici, igiene generale.

P. MOLINARI-TOSATTI.

ULCERE GASTRO-INTESTINALI.

L'ulcus del diverticolo di Meckel.

(J. MARTY. *Bordeaux Chirurg.*, n. 2, 1932).

L'A. tratta per esteso tale affezione che non è poi tanto rara e che è stata diagnosticata pure clinicamente grazie alla sintomatologia che gli è propria. Fu Hübschmann nel 1913 che parlò per primo di ulcera del diverticolo, sebbene già nel 1903 Zimmermann ne aveva osservato 1 caso.

Macroscopicamente il diverticolo sede dell'ulcera ha pareti spesse; l'ulcera ha l'aspetto classico dell'ulcera peptica e non ha una sede prediletta. La perforazione quando esiste ha un diametro piccolo di pochi millimetri. Pure al microscopio presenta i medesimi caratteri dell'ulcera peptica e la caratteristica costante è la presenza di mucosa gastrica.

Per la patogenesi si è pensato all'azione della secrezione acida della mucosa gastrica sopra un epitelio intestinale abituato al contatto dei liquidi alcalini. È una malattia dell'infanzia e può essere riconosciuta quando si complica ad emorragie o alla perforazione.

Le emorragie intestinali in questa affezione, sintoma capitale e quasi costante, hanno la caratteristica di una marcata tendenza alla ripetizione, e la presenza di sangue rosso non digerito.

Il bambino emette per qualche giorno della settimana feci sanguinolenti e ciò per vari mesi, sino a farsi profondamente anemico.

La perforazione è la complicazione più grave, avviene in genere in peritoneo libero ed il colpo di pugnale ha sede periombellicale.

Allo stato di latenza l'esame obiettivo è negativo; nessun punto doloroso, nessuna modificazione del chimismo gastrico, nessuna immagine diverticolare alla radiografia.

La sua evoluzione è rapida causa la grande tendenza alla perforazione.

La diagnosi è difficile, ma se ci si pensa può essere fatta. Se in un bambino con antecedenti di emorragie intestinali a ripetizione sopravviene una peritonite da perforazione, bisogna pensare alla possibilità di un'ulcera del diverticolo di Meckel perforata (Mondor).

Il trattamento è chirurgico; laparatomia mediana, ricerca del diverticolo, asportazione e ricostruzione della sua base d'impianto con sutura trasversale della parete intestinale.

R. Grasso.

La diagnosi di guarigione nell'ulcera gastro duodenale alla luce della clinica, della radiologia e della gastroscopia.

(F. Moutier. *Archiv. malad. appar. digest.*, tome XXI, n. 7).

Poche questioni sono così delicate ad abbordare come quella dell'interpretazione diagnostica della guarigione dell'ulcera gastro duodenale. Cosa infatti leggiamo nei lavori contemporanei? Qualunque sia la sostanza adoperata (emetina, proteine, paratiroide, insulina, pepsina, mucina...) « la cura instituita è stata seguita da notevoli risultati ». In pochi giorni i dolori sono cessati, in un mese, in un mese e mezzo la nicchia, l'immagine cavitaria, è scomparsa. Due mesi dopo la guarigione si manteneva integrale...

Si tratta proprio di guarigione? Cosa ci dice la clinica, la radiologia, la gastroscopia?

Dal punto di vista clinico, la scomparsa dei dolori, dell'ematina nelle feci, la cessazione dei vomiti, non significano niente. La scomparsa di tali sintomi indica solo che l'effervescenza caratterizzante un parossismo è finita. Perciò, dato che variazioni nell'intensità di questi accidenti sopraggiungono spontaneamente e costantemente nell'ulcera, è inutile discuterli.

Non pertanto un'ulcera può cicatrizzarsi ed anche rapidamente: questa dimostrazione è stata possibile in malati operati successivamente due volte. D'altra parte è certo che dopo gastro-enterostomia, in condizioni speciali, talora le ulceri cicatrizzano in qualche settimana. Peraltro dopo sospensioni evolutive di tre, sei mesi, due anni ed anche più, si possono avere riprese spontanee; ed anche sappiamo che in certi malati esistono riprese dell'ulcera, stagionali, una o due volte all'anno. Per conseguenza dobbiamo riconoscere nell'ulcera una evoluzione essenzialmente, spontanea, intermittente. Nè esistono segni certi che nei periodi di arresto dell'ulcera ci dicano che l'ulcera stessa è cicatrizzata e non « addormentata »: l'emoglobina nelle feci parlerebbe perciò, ma è più abituale constatare, malgrado la assenza assoluta di sintomi clinici, la persistenza di immagini cavitarie, segno formale di non guarigione.

In generale si può dire che l'ulcera non trattata presenta raramente dei periodi di silenzio superiori ad un anno, e in quelle curate si possono avere periodi di due anni e più di silenzio.

Ignoriamo la causa del ciclo dei sintomi ulcerosi: è difficile affermare che si possa trattare in ogni ricaduta della stessa ulcera, probabilmente si tratta di ulceri diverse in quanto non dovrebbesi parlare di ulcera gastro duodenale, ma di « malattia ulcerosa ».

Dal punto di vista radiologico la diagnosi di guarigione dell'ulcera verte essenzialmente sulla interpretazione della scomparsa delle immagini cavitarie. Ora, se è esatto che la scomparsa dell'immagine cavitaria sia nello stomaco che nel duodeno indica un miglioramento dell'ulcera, ciò non indica una guarigione, cioè una scomparsa della lesione, perchè « la nicchia non è fatalmente l'equivalente dell'ulcera »; l'immagine cavitaria rivela spesso l'ulcera sola, ma spesso l'ulcera più qualche cosa. Ed anche una terza eventualità può presentarsi: l'immagine cavitaria può mostrarsi in un ulcera cicatrizzata.

Numerosi sono gli argomenti che permettono di dimostrare quanto è difficile ammettere la costanza di una equivalenza morfologica fra la nicchia radiologica e la cavità dell'ulcera. Anzi tutto fu, dall'inizio dell'èra radiologica, patente la assenza frequente di ogni rapporto fra le dimensioni anatomo patologiche dell'ulcera e l'immagine constatata allo schermo. Ovvero si vedevano sul pezzo ulceri insignificanti, piane, appena percettibili per una chiazza peritoneale, mostrare invece ai raggi sporgenze non rispondenti all'anatomia. L'A. fin d'allora aveva anche notato la non coincidenza frequente fra la sede dell'ulcera e quella dell'immagine radiologica. E bisognerebbe anche spiegarsi, se si ammettesse l'equivalenza dell'ulcera alla nicchia, le variazioni talora grandi, di una nicchia, da una settimana all'altra, la scomparsa di nicchie, talora in due giorni, con un qualsivoglia trattamento, e, bisognerebbe anche spiegarsi la sua ricomparsa

brusca in concordanza od in discordanza con i segni clinici. Infine vi sono nicchie singolari, visibili obliquamente, il cui doppio contorno è difficile a spiegare con l'antica ipotesi. Dunque vi è qualche cosa di sovraggiunto all'ulcera le cui variazioni possono dare l'impressione di una guarigione inesistente od incompleta, un qualche cosa capace di scomparire rapidamente, e di rinascere. Moutier, d'accordo con Schindler, Gutzeit, Haudeck, Forssell, Ber, Albrecht, ammettono che due ordini di fatti sovrapposti all'ulcera condizionano l'immagine cavitaria: elementi infiammatori parietali, elementi dinamici.

Gli elementi infiammatori sono di due specie: l'edema dei bordi dell'ulcera, edema al quale si associa frequentemente una reazione infiammatoria interstiziale, ed un rigonfiamento delle pliche adiacenti all'ulcera, formanti, al disopra ed attorno ad essa, una specie di borsa, di sacca, al fondo della quale verrebbe a trovarsi l'ulcera, come in fondo ad un diverticolo.

Una grandissima parte delle variazioni della nicchia è dovuta non ad accidenti anatomici, ma a fenomeni cinematici: spasmi o contratture variabili constatabili al gastroscopio. Talora, specie per le ulceri site vicino alla piccola curvatura, le contrazioni determinano come un bordo, come un diaframma di otturatore fotografico, dando luogo ad una borsa che costituisce una vera cavità nel fondo della quale vi è l'ulcera esteriorizzata dallo stomaco; in altri casi la contrazione è lineare, la parete si piega e si contrae come un orifizio buccale, dando luogo così non ad una borsa, ma ad una doccia longitudinale più o meno aperta alle sue estremità; vista di faccia, la depressione a doccia non dà alcun rilievo sulla parete gastrica e le sue contrazioni si osservano specialmente sulla piccola curvatura. Ma vista per una estremità la doccia dà l'immagine di un semicerchio o di un cerchio proiettati in rilievo sul profilo della piccola curvatura.

Comprendiamo perciò come le variazioni degli elementi di infiammazione o di irritazione sovrapposti all'ulcera propriamente detta, possono portare a variazioni considerevoli e rapide nella forma delle immagini radiologiche, e comprendiamo come la scomparsa di questi fenomeni accessori, edema, infiammazione contrazione, può non essere seguita da cicatrizzazione dell'ulcera: l'ulcera è resa piatta, ma non scompare. E meno dovrà pensarsi alla cicatrizzazione dell'ulcera quanto più rapida fu la scomparsa della sua immagine.

Se questo è per ulceri dello stomaco lo stesso devesi intendere per quelle duodenali ove sappiamo quanta importanza abbia lo spasmo del bulbo: molto spesso la sindrome radiologica di Akerlund non corrisponde ad una reale morfologia, trattandosi di immagini cinetiche spesso, e non di immagini anatomiche.

Spesso l'immagine cavitaria radiologica esprime veramente l'ulcera anatomica: questo è vero in un numero limitato di casi, ulceri antiche, ulceri callose, ulceri esteriorizzate. La scomparsa dell'immagine cavitaria può qui far credere ad una guarigione incompleta od inesistente. Si ammette che l'ulcera possa essere stata colmata da essudati fibrinosi, processo reale di guarigione. Ma la nicchia può ricomparire bruscamente se questa fibrina è spazzata via. D'altra parte una ulcera a fessura, stretta, in via di probabile guarigione, può occludersi per coalescenza edematosa dei suoi bordi e dare allo schermo la scomparsa dell'imagine cavitaria, ed una deiscenza della fessura potrà essere sempre possibile per brusco allontanamento dei bordi insufficientemente aderenti, con ricomparsa della nicchia. Anche qui una falsa guarigione porta ad un errore di prognosi.

Ma l'immagine può anche esistere senza che l'ulcera sia in attività: ripiegature, a borsa o a doccia, festoni parietali, possono persistere in stomachi colpiti da gastrite ipertonica, sia a livello di ulceri sia in altre regioni della piccola curvatura, immagini però particolarmente variabili.

Cosa ci dice lo studio endoscopico?

La gastroscopia e la gastrofotografia ci danno immagini sensibilmente identiche. Al gastroscopio si possono vedere ulceri assolutamente piatte, che si presentavano allo schermo con cavità. Spesso all'endoscopia si scoprono ulceri che non danno alcun rilievo ai raggi perchè non abbastanza cave o perchè senza infiammazioni e senza spasmi periferici. Così si possono vedere ulceri mascherate da pieghe edematose che ai raggi possono dare o non nicchie. Ovvero ulceri mascherate da festoni cinetici, a diaframma, a doccia, a borsa.

Talora non si nota alcuna agitazione parietale, ma uno spasmo intenso della parete attorno all'ulcera, questa staccata completamente dalla grande cavità gastrica, onde la lesione può essere completamente invisibile o soltanto rivelata da un sottile filo di sangue che scola in una stretta fessura.

La gastroscopia permette di vedere ulceri radiologicamente guarite mentre sono soltanto scomparse le reazioni infiammatorie o spastiche. All'opposto all'endoscopia possono sfuggire ulceri in piena evoluzione, ma nascoste da spasmi o fuori dell'incidenza visiva (10-15 %). Riassumendo, dunque, la scomparsa delle immagini radiologiche cavitarie, non implica la guarigione dell'ulcera, specie se essa è rapida (soppressione degli spasmi). Una lenta scomparsa è in favore della guarigione (caduta dell'infiammazione, appiattimento, cicatrizzazione per epitelizzazione). Il gastroscopio permette di seguire l'evoluzione verso la guarigione: non può sempre scoprire la lesione, anche visibile allo schermo. I diversi metodi di

studio, come al solito, non si escludono, ma si completano. Ulceri assolutamente torpide, messe a piatto dalla caduta dell'infiammazione dei loro bordi e degli spasmi adiacenti, col fondo talora colmato da depositi fibrinosi, possono rimanere silenziose per mesi ed anni; all'endoscopia in malati considerati guariti si possono vedere ulceri estese, radiologicamente non esistenti.

È clinicamente impossibile affermare che un parossismo ulceroso rappresenti la rimessa in attività dell'ulcera antecedente o la comparsa di una nuova ulcera sia « in situ » sulla cicatrice dell'antica lesione, sia di fianco, sulla zona ulceripara. La gastroscopia permette di constatare che cicatrizzazioni totali e ulcerazioni nuove possono succedersi nello stesso punto. Nessun criterio esiste, clinico, radiologico, endoscopico, che permetta di affermare la guarigione di ulcera: la sola prova di questa guarigione è data dal silenzio assoluto, durante un periodo estremamente prolungato, certamente superiore ai due e forse ai tre anni. Ed anche ammessa la guarigione non si può pregiudicare sullo stato del terreno, cioè affermare che la malattia ulcerosa è terminata. Allo stato attuale della terapia, infatti, le recidive sembrano se non fatali, per lo meno del tutto possibili, pur divenendo sempre minore a mano mano che passano gli anni dall'ultimo accidente ulceroso. MONTELEONE.

VESCICA URINARIA.

I recenti risultati dell'operazione di Peters per l'estrofia della vescica.

(GORDON S. FOULDS and ROBINSON. *The British Journal of Urology*, marzo 1932, vol. 4).

Peters nel 1899 eseguì per la prima volta con successo il trapianto ureterale bilaterale per via extraperitonale e nel 1901 comunicò il suo metodo. Nel 1902 fece altre tre operazioni e una 4ª nel 1905.

L'ultimo paziente che Peters sottopose all'intervento (il 24-1-1905) di trapianto bilaterale dell'uretere nel retto per via extraperitonale, è rimasto sotto l'osservazione di Foulds dal 1924 fino al 6 febbraio 1931, data della morte dell'operato. Riporto il caso:

Trattasi di un paziente nato con estrofia della vescica. A 17 mesi venne operato dal Peters di erniotomia, e dopo due mesi di prolasso del retto.

All'età di anni 3 1/2 venne sottoposto dallo stesso Peters al trapianto degli ureteri nel retto del quale intervento guarì lentamente. Dai sette ai quattordici anni frequentò le scuole e dopo esercitò l'impiego. Nel 1924 fu colpito da dolori addominali accompagnati da febbre con leucocitosi alta. Fu operato di ascesso perirenale e attraverso la pelvi incisa furono estratti dei calcoli dall'uretere ed applicato un drenaggio. Guarito, nel 1925 potè riprendere il lavoro che continuò fino al 1931, epoca in cui ebbe di nuovo dolore all'addome che si attenuò coll'emissione di un grosso calcolo dal retto; però era diminuita la quantità dell'urina e le condizioni generali si erano aggravate.

Nel febbraio 1931 fu sottoposto a nuovo intervento e fu riscontrata, nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, una raccolta di urina purulenta, dovuta ad uno squarcio nell'uretere inferiore per il passaggio di un calcolo.

Il paziente morì l'indomani dell'intervento e cioè dopo 26 anni dal trapianto degli ureteri nel retto.

Oltre a questo caso l'A. ne riporta un altro operato dallo Starr nel 1907 col metodo di Peters e che stava bene fino al 1930. Un altro caso operato dal Peters 23 anni or sono vive ancora e sta in buona salute. SCANDURRA.

Tumori della vescica.

(J. H. CUNNINGHAM. *The Journal of Urol.* Volume XXV, n. 6, 1931).

L'A. a proposito del trattamento dei tumori della vescica compara i risultati attuali con quelli di 20 anni fa. Constata come oggi vi siano altri mezzi che ci consentono la distruzione della maggior parte dei tumori benigni per mezzo del cistoscopio, colla folgorazione e il radium. Tuttavia in un certo numero di tumori, situati in posti non facilmente accessibili per mezzo del cistoscopio, è necessario ricorrere alla via soprapubica. Le recidive si constatano ma sono di facile trattamento per via cistoscopica.

In fatto di tumori maligni l'A. osserva che non vi è alcun metodo nuovo che migliori di molto i risultati che si avevano 20 anni fa. La selezione dei trattamenti deve essere basata sui risultati ottenuti.

Sembra che la resezione sia tuttora il metodo che dia i migliori risultati. Venti anni fa la mortalità per detto intervento era di 21,8 %. Invece adesso, prendendo in esame la casistica di Beer, quella di Young e quella dell'A., e considerando tutti i casi di papillomi maligni e di carcinomi si arriva ad una mortalità dell'11,48 % (quasi la metà).

Ma i risultati finali non sono altrettanto buoni.

La statistica dell'A. (di 20 anni fa) dava il 56,1 % di recidive.

Adesso prendendo in esame la statistica sua, quella di Beer e di Young ha trovato il 54,16 % di recidive (piccola differenza).

L'A. ritiene che se il tumore è impiantato in posto che possa essere resecato con una certa quantità di tessuto sano intorno, si hanno le migliori probabilità di guarigione.

Come fattori di migliore riuscita cita: una

buona mobilizzazione della vescica, *l'uso del bisturi elettrico.*

Un'accurata coagulazione del tumore colla diatermia e la resezione con trapianto o no degli ureteri.

I tumori maligni si possono dividere in due gruppi:

1) tumori resecabili.

2) tumori inoperabili.

Per i primi la situazione odierna è un po' migliorata rispetto a 20 anni fa e ciò dipende dal fatto che allora non si conoscevano le cure colla *diatermia*, col *radium* e con i *raggi* X.

Allora c'era in uso il galvanocauterio, e il raschiamento.

Allora la mortalità era di 35 % e le recidive di 65 % (in tre anni). L'A. crede siano interessanti prima della resezione le applicazioni di radium. Questo mezzo da solo si può usare nei tumori inoperabili.

Trattando i tumori della vescica col radium Barringer accusa una mortalità di 3,18 % mentre Beer usando il metodo di Barringer ha avuto il 30 % di guarigioni apparenti in casi di carcinomi infiltrati non operabili.

Questa sproporzione evidentemente è data dal fatto che Barringer ha trattato tutti i casi col radium, mentre Beer ha adottato il radium solo in casi di tumori inoperabili. L'A. trova il radium utile come mezzo coadiuvante nel trattamento radicale, e *combinato con la diatermia* per il trattamento, coll'aiuto del cistoscopio, dei papillomi maligni e dei tumori benigni resistenti alla folgorazione o in casi di recidiva.

I raggi X non si sono mostrati efficaci come mezzo curativo. L'A. dichiara che ormai i raggi X si possono considerare una cura psichica in quei casi gravi di recidiva nei quali non si può fare altra cura. L'opinione dell'A. è che la cistectomia è e rimarrà per lungo tempo la cura ideale. L'ureteroenterostomia e la nefrostomia per la derivazione dell'urina, senza praticare la cistectomia sono operazioni inutili. È necessario migliorare sempre più la tecnica e cercare d'intervenire il più precocemente possibile e in modo radicale. SCANDURRA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA. *Consultazioni di Clinica, dietetica e terapia infantile.* IV edizione, vol. di pagg. XII-832, in carta americana, con 97 figure in nero ed in tricromia. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 75 in brochure; L. 85 rilegato in tela.

Non tutti i maestri di pediatria siedono sulle cattedre universitarie. Francesco Valagussa è uno di questi, che hanno avuto larga influenza sulla cultura pediatrica dei medici italiani attraverso ad alcuni suoi libri, che hanno avuto ampia e meritata diffusione. Essi esprimono allo stato nativo quella che è una delle sue doti precipue, cioè la capacità di raccogliere largamente nella letteratura pediatrica di tutti i paesi quegli elementi scientifici che contribuiscono a risolvere o per lo meno ad illuminare i più importanti problemi pratici, nei quali il medico si imbatte tutti i giorni al letto del piccolo malato.

Il Valagussa evidentemente non è di quelli che ritengono doversi offrire al medico pratico un insegnamento dogmatico elementare, che ignori i presupposti scientifici sui quali invece deve fondarsi la sua attività cosciente. Troppo spesso si è fatta ad uso dei medici pratici una pediatria addirittura *froebeliana.*

Egli non è di quelli i quali ritengono che affinchè il medico pratico sappia eseguire l'alimentazione artificiale del lattante basti insegnargli a diluire il latte vaccino e ad aggiungervi zucchero e farine. Infatti egli s'indugia a fornirgli almeno in parte le basi scientifiche, sulle quali poi il medico potrà caso per caso risolvere i complessi problemi dell'alimentazione infantile. Così egli non teme di addentrarsi nella complessa questione dell'acidosi per dare al medico pratico i capisaldi biologici, sui quali si fonda la terapia dei vomiti ciclici acetonemici. Così pure, nei riguardi delle malattie infettive, s'interessa ai problemi etiologici ed immunitari in modo da dare al medico pratico le nozioni indispensabili per l'uso dei sieri meno comunemente usati: siero curativo antiscarlattinoso, antipoliomielitico, ecc. Così inoltre aggiorna argomenti complessi come quello della tubercolosi infantile nei riguardi del *virus filtrante* e della vaccinazione antitubercolare. Su tutti gli argomenti trattati egli porta però sempre la sua esperienza clinica, la sua scelta prudente, il suo giudizio equanime e maturato nell'osservazione dei fatti.

Naturalmente non è facile dare uno sguardo anche rapido a tutti i problemi che in questo volume di oltre 800 pagine vengono messi a giorno. Consultandolo non si può fare a meno di essere grati, oltre che all'autore, anche all'editore Pozzi, il quale gli ha dato una veste tipografica particolarmente curata, ricca di

buone ed appropriate illustrazioni, facendone un'opera che onora l'arte editoriale italiana.

In conclusione queste « consultazioni », senza avere nulla della esposizione sistematica del trattato, che costringe spesso il trattatista ad una brevità timorosa di ogni dettaglio che appaia sproporzionato al quadro d'insieme, s'indugiano spesso ad approfondire molti problemi fondamentali, che sboccano in applicazioni pratiche. Come tali esse si indirizzano assai meno allo studente che non al medico pratico, il quale — già cimentatosi con le difficoltà della diagnostica e della cura del bambino — arriva (nei casi migliori) ad una vera sete di sapere pediatrico e trova qui una fonte limpida e copiosa, alla quale abbeverarsi.

G. FRONTALI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Congressi della Società italiana di Medicina interna. XXXVII Congresso, Bari, ottobre 1931. Comunicazioni. Un vol. in-4° di 212 pagine. L. Pozzi ed. Roma, 1932. Prezzo, comprese le tre relazioni, L. 75.

Troviamo, in questo volume (dopo l'interessante Conferenza di E. Maragliano su: « Le ragioni della vaccinazione preventiva dell'uomo contro la tubercolosi nella sua preparazione scientifica ») le discussioni sui temi di relazione svolti al Congresso e le risposte dei relatori. Temi che, come è noto, furono: Il diabete, Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare, Le pancreatiti acute e croniche ed I rapporti fra malaria e tubercolosi nell'Esercito. Si ha, in questo modo, riprodotta, anche per chi non vi prese parte, la fisonomia del Congresso ed il lettore può così conoscere l'indirizzo del pensiero scientifico italiano sui temi trattati.

Di notevole interesse pratico e scientifico, sono poi le numerose Comunicazioni, gran parte delle quali si riferisce ai temi di relazione, ma altre ne sono staccate e costituiscono un complesso di circa 180 lavori su svariati argomenti. Un libro di tal genere, con i ricchi indici che permettono una rapida consultazione, oltre che costituire un necessario completamento dei temi di relazione, non dovrebbe mancare nella biblioteca di ogni medico colto. L'utilità di repertori di tal genere non è abbastanza apprezzata da molti medici che spesso si affaticano a cercare risposte a quesiti terapeutici, diagnostici, scientifici, che invece troverebbero sufficientemente svolti in queste comunicazioni. *fil.*

G. KLEMPERER. 50 *Jahre Kongress für innere Medizin.* 1882-1932. Pag. 161. J. F. Bergmann ed. München, 1932. Prezzo RM. 9,80.

L'istituzione dei Congressi tedeschi di medicina interna si deve al Clinico berlinese E. Leyden che, dapprima con Frerichs pose la medicina interna come base essenziale dell'arte medica e fondò la Società berlinese di Medicina interna, quasi per contrapposto all'Associazione medica berlinese in cui la presenza di Virchow dava essenzialmente un'intonazione anatomo-patologica, ed il 20 aprile 1882 si aprì il primo Congresso che radunò 188 partecipanti fra cui molti bei nomi di clinici tedeschi; seduta storica anche perchè Roberto Koch vi portò la sua scoperta del bacillo della tubercolosi.

La storia di questi Congressi, in occasione del cinquantenario della loro fondazione ci viene qui offerta dall'A., in modo sintetico per argomenti: malattie infettive, nervose, dell'apparato respiratorio, circolatorio, ecc. Nei singoli capitoli, noi leggiamo la storia delle singole malattie in quest'ultimo mezzo secolo, troviamo un'eco di discussioni ormai sorpassate da tempo, vediamo visioni diventate realtà. È interessante, per esempio, vedere come il morbo di Basedow, nel 1895, fosse trattato da un nuerologo, Eulenburg, che discuteva le teorie della patogenesi, se cioè fosse dovuto a malattia di certe parti del sistema nervoso o ad ipersecrezione della tiroide e, nel trattamento, si affidava soprattutto alla psicoterapia. Ma già fin d'allora, ecco Müller che annunziava i buoni effetti ottenuti dalla tiroidina nello struma parenchimatoso, altri che avevano osservato modificazioni del metabolismo basale. In Congressi successivi (1906) Kocher accenna già a numerosi casi operati, altri al trattamento roentgenologico, fino ad arrivare a Congressi più recenti con le attuali vedute in materia.

Non era facile sintetizzare così efficacemente le idee direttive di questi Congressi, in modo da offrire una lettura interessante ed utile per conoscere lo sviluppo delle idee mediche negli ultimi 50 anni. E l'A. vi è felicemente riuscito. *fil.*

Bollettino della Associazione medica Triestina. Annata XX-XXI. Un vol. in-8° di 418 pag. con fig. e tav. Edit. libraria S. A.

Troviamo qui riunite le conferenze e comunicazioni svoltesi nelle 35 sedute scientifiche della Associazione medica triestina, tenutesi nel biennio 1928-1929 e 1929-1930.

Questi ritrovi periodici, con presentazione di casi clinici, che si prestano spesso a vive discussioni mantengono l'unione spirituale fra i medici e contribuiscono a tenerne alto il livello intellettuale. Continua così la tradizione di questa gloriosa Associazione, di cui vediamo un riflesso dell'attività nella copia e nella importanza delle memorie trattate e qui riassunte. *fil.*

A. PHILIBERT. *Précis de bactériologie médicale.* 2ª ediz. Vol. di 552 pagg. con 21 tavole a colori. Masson e C., Paris, 1931. Fr. 65.

Il concetto informatore di quest'opera è veramente geniale, perchè si propone di insegna-

re al medico tutte le acquisizioni batteriologiche che possono essere veramente utilizzate in sussidio della diagnosi, trascurando la teoria o i dati di puro interesse scientifico.

Mentre la prima parte dell'opera è quindi destinata allo studio dei metodi diagnostici, nella seconda, molto più estesa, sono descritti i vari microbi patogeni dell'uomo, i caratteri essenziali della malattia provocata, sia dal punto di vista anatomico che fisiologico, mettendo in primo piano la botanica pura, ma ritenendo di essa ciò che è indispensabile per determinare la specie.

Nella terza parte poi sono trattate alcune questioni generali, come ad es. l'immunità, allo scopo di dimostrare che questi processi non sono d'ordine generale, ma bensì rari, molteplici e particolari ad ogni microbo, o ad ogni gruppo di microbi, corollari della loro biologia di cui sono inseparabili.

Il testo sobrio e corretto è aiutato da magnifiche tavole policrome scelte con grande opportunità, sicchè in definitiva questa seconda edizione, viene ad eliminare alcune ammende che si trovavano nella precedente.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Sedute del luglio 1932.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Ricerche sul tempo di circolazione del sangue.

Prof. C. GIORDANO e Dott. E. VIGLIANI. — Adottarono nelle loro ricerche i metodi di Leschske, con il cloruro di calcio e di Wollheim con la fluorescina. I due metodi diedero risultati completamente paragonabili. Il tempo di circolazione risulta diminuito nella anemia, nel morbo di Basedow, nella glomerulo-nefrite acuta; è aumentato, qualche volta in alto grado, negli ammalati affetti da cardiopatia scompensata.

Sulla determinazione del volume-minuto e della gettata pulsatoria in clinica.

Prof. C. GIORDANO e Dott. E. VIGLIANI. — Gli OO. riferiscono i risultati ottenuti con il metodo di Gollmann con l'acetilene, per lo studio della velocità media della circolazione nei soggetti sani ed ammalati. Il metodo usato ha dato ottimi risultati. Esso non può essere applicato in tutte le condizioni morbose, negli ammalati notevolmente dispnoici, perchè non si può ottenere una perfetta miscela dei gas e negli ammalati affetti da estese lesioni polmonari in cui il rapporto fra tensione dei gas negli alveoli e la quantità dei gas contenuti nel sangue è varia. Riportano i risultati ottenuti.

Produzioni epiteliali sperimentali da catrame del bacinetto e dell'uretere.

Dott. G. BETTAZZI. — Ha ottenuto con palline di catrame messe nella pelvi renale e nel bacinetto produzioni epiteliali consistenti in iperplasie, proliferazioni papillomatose e nidi epiteliali pseudo-adenomatosi, identificabili con i cosidetti nidi epiteliali di von Brunn, ma senza i caratteri di invasione e di infiltrazione proprii dei tumori maligni; esse non sarebbero provocate da agenti infettivi, nè dallo stimolo meccanico, bensì dall'azione chimica propria del catrame. Sicchè allo stato attuale delle ricerche (periodo massimo di osservazione 150-160 giorni dall'operazione), l'O. non può asserire che il catrame abbia una specifica azione oncogena sulla pelvi renale e sull'uretere degli animali da esperimento.

Studi sulla patogenesi dell'ittero del neonati.

Prof. DOMINICI e Dott. MARENGO. — In seguito ai risultati della titolazione quali-quantitativa della bilirubina nel sangue materno, nel cordone ombellicale e nel sangue del neonato, eseguita dal 2° al 13° giorno di vita, ammettono che per la patogenesi dell'ittero e della bilirubinemia postnatale debbano essere presi in considerazione due fattori: un'aumentata distruzione di sangue, dimostrata dalla natura extra-epatica della bilirubina, e un rallentamento nell'eliminazione del corpo bilirubinico circolante che sta a provare una funzione escretrice ancora imperfetta del parenchima epatico.

Contributo alla conoscenza dell'amebiasi e sua diffusione in Piemonte.

Prof. A. ALLODI. — Ha constatato durante l'anno scorso 23 casi di amebiasi; però nella maggioranza dei casi si trattava di p. che potevano aver contratta la malattia in regioni a clima tropicale o subtropicale. Solo tre casi pare avessero contratta la malattia nelle regioni settentrionali dell'Italia. La terapia emetinica riuscì efficace in tutti i casi tranne in due: di questi uno fu ribelle ad ogni trattamento, l'altro ebbe segni di miglioramento associando l'emetina all'arsenico.

Comportamento della pressione arteriosa nei lavoratori del piombo.

Dott. E. VIGLIANI. — Dal complesso delle indagini conclude che il piombo non cagiona un aumento della media delle pressioni arteriose degli operai che lo lavorano e che questi non sono esposti al pericolo di diventare degli ipertesi in misura maggiore di quello che lo siano gli operai delle altre industrie.

La velocità di sedimentazione degli eritrociti nei lavoratori del piombo.

Dott.ri E. VIGLIANI ed R. OLIVETTI. — Dalle ricerche risulta che la velocità di sedimentazione accelerata è piuttosto alta nei lavoratori di piombo; non credono di poter affermare che il piombo provochi quegli squilibri colloido-chimici del plasma, dai quali dipende verosimilmente il comportamento della V. S.

Determinazione delle sostanze riducenti del sangue e proposta di un nuovo metodo per il dosaggio della galattosuria.

Dott.ri L. HERLITZKA, S. BATTISTINI, B. COSSU. — Gli OO. propongono la tecnica di dealbuminizzazione di Somogyi, associata al metodo di dosaggio di Folin Wu, come metodo semplice ed esatto di determinazione della galattosuria, non solo per le comuni ricerche diagnostiche, ma an-

che per quelle più delicate di laboratorio, dato che presenta i seguenti vantaggi sui metodi precedenti: 1) determinazione diretta dalla galattosuria; 2) possibilità di dosare con sicurezza per differenza la glucoremia; 3) eventualmente possibilità di riconoscere la presenza di zuccheri estranei difficilmente fermentabili nel sangue.

Sulla probabile presenza di zuccheri non fermentabili nel sangue delle gravide e ricerca del tasso glicemico prima e dopo il parto.

Dott.ri L. HERLITZKA, S. BATTISTINI, B. COSSU. — Gli OO. concludono le loro ricerche affermando che nella gravidanza a termine: 1) esiste uno zucchero estraneo difficilmente fermentabile nella concentrazione media di 15 mmg. su 100 cmc. di sangue, equivalenti di glucosio, e che è probabilmente galattosio; 2) questo zucchero determina un forte aumento della riduzione residua; 3) è invece diminuita la riduzione totale; 4) è enormemente abbassata la glucoremia reale, essendo in parte il glucosio sostituito da galattosio e che nel puerperio tutti i dati di riduzione tornano completamente normali.

Ricerche sull'azione del Decholin sulla bilirubina del sangue.

Dott. G. MARENGO. — In due casi la bilirubinemia rimase invariata; in due casi di anemia p. p. ebbe un leggero aumento della bilirubina senza modificazione qualitativa; in due casi di ittero emolitico notò pure un lieve aumento; in 16 casi di affezioni epatiche riscontrò un aumento abbastanza forte della bilirubina nel sangue senza modificazioni qualitative. In questi si ebbe diminuzione di volume del fegato. In tutti i casi constatò aumento della diuresi, dopo l'iniezione.

Il ricambio emoglobinico in talune emopatie sistematizzate.

Prof. G. DOMINICI e G. OLIVA. — Gli OO. hanno notato che il ricambio emoglobinico si presenta di solito aumentato, talvolta già in via assoluta, sempre e con valori più o meno rilevanti in via relativa, in rapporto alla percentuale di emoglobina posseduta dal p., il che parla per un'aumentata distruzione del sangue.

Sottoponendo i p. ad irradiazione roentgen sulla milza, l'aumento dell'eliminazione dei prodotti bilinici si fa ancora maggiore, sino a toccare cifre assai alte.

La cagione del ricambio emoglobinico è dagli OO. ricondotta sia ad un'alterazione dell'equilibrio fra neoformazione e distruzione di sangue, sia ad un'influenza esaltatrice dell'attività del tessuto reticolo-endoteliale per opera di sostanze resesi libere dalla distruzione delle cellule bianche.

Sulle anemie a tipo ipocromico in soggetti con achilia o ipocloridia.

Dott.ri GRIVA e ASINELLI. — L'anemia dei nefritici ha sempre i caratteri di una anemia iporigenerativa; la causa di questa anemia crede sia da ricercare nel complesso dei fenomeni di insufficienza renale e delle alterazioni, che l'intossicazione da essa derivante comporta; questa intossicazione agendo sul midollo sia in modo acuto che in modo cronico, ne paralizza essenzialmente la funzione eritropoietica. L'andamento delle anemie nefritiche segue la sorte della malattia fondamentale; l'anemia in genere passa assolutamente in seconda linea di fronte alle manifestazioni di essa e viene poco influenzata dalla comune terapia antianemica. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 1° aprile 1932.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Un nuovo rapido metodo spettroscopico di accertamento quantitativo dell'ossido di carbonio nel sangue.

D. VIOLA. — L'O. descrive un nuovo rapido metodo spettroscopico di pratica e semplice attuazione per l'accertamento quantitativo del contenuto in CO del sangue; questo metodo è basato sulla constatazione del tempo di scomparsa delle bande dell'HbCO dopo trattamento del sangue in diluizione 1:200, con una soluzione ammoniacale di solfato di rame (secondo una formula dell'O.). L'O. illustra le ricerche sperimentali e riporta due casi di morte in seguito ad intossicazione da CO nei quali il metodo corrispose per determinare il coefficiente d'avvelenamento. Nel lavoro è riportata una ampia bibliografia dell'argomento.

Contributo allo studio delle ferite del cuore per aghi da cucire.

G. B. MAFFEI. — L'O. mentre praticava l'autopsia di un detenuto, morto quasi improvvisamente con diagnosi di paralisi cardiaca, trovò — reperto inaspettato — che un comune ago da cucire portante pochi centimetri di refe nella cruna, perforato il torace anteriore sinistro al IV spazio intercostale sotto il capezzolo mammario, ledeva, appoggiandosi alla lingula del polmone, il pericardio e la punta del cuore, causando una rapida emorragia che bloccò l'organo.

Poichè per la modalità del caso e per l'anamnesi si restava in dubbio se trattavasi di suicidio o di accidentalità, l'O. ha cercato di giungere ad una decisione certa (trascurando gli elementi anamnestici propensi per un'ipotesi di suicidio) coi soli caratteri obbiettivi del caso: e coll'esame della casistica da lui raccolta (64 casi) ha potuto accertare che nei casi di suicidio a grande maggioranza il tramite della ferita è quasi sempre a direzione antero-posteriore, e che la regione sinistra del cuore è lesa nella misura del 71,4 %, mentre nelle lesioni accidentali il tragitto della ferita è obliquo e la regione sinistra del cuore è lesa solo nel 22,5 %, mentre la destra è colpita nel 52,5 %, e che perciò questi criteri differenziali sono della massima importanza per le conclusioni dei periti.

La vaccinoterapia per via endovenosa nella febbre ondulante.

Dott. L. BIANCHI. — In una ventina di casi di febbre ondulante osservati sporadicamente nel corso di questi ultimi anni quasi tutti nella provincia di Pavia l'O. ha praticato sistematicamente una terapia specifica con idrovaccino (sospensione batterica in soluzione fisiologica fenicata al 0,5 % tenuta a 56°-60° per un'ora) per via endovenosa, ed ha ottenuto, senza inconvenienti di sorta, risultati assai soddisfacenti essenzialmente rappresentati da rapido sfebbramento e da assenza di recidive.

Nella massima parte dei casi soltanto la sieroagglutinazione ha condotto all'accertamento della diagnosi, mentre le ricerche culturali per l'isolamento del germe, che avrebbe permesso di studiare più profondamente la natura della infezione nei singoli casi, diedero quasi sempre esito negativo. Da un complesso di dati raccolti l'O. è indotto ad ammettere come assai verosimile che in buona parte almeno dei casi studiati siasi trattato di Brucellosi di origine bovina, il che però non equivale a dire infezione da bacillo di Bang.

Dall'insieme delle proprie osservazioni l'O. ha motivi per ritenere che nella infezione da Brucelle nell'uomo la terapia vaccinica specifica applicata per via endovenosa a dosi convenienti offre vantaggi notevoli in confronto alle cure di altro tipo attualmente più usate; pertanto crede opportuno segnalare i risultati ottenuti in questo limitato gruppo di ammalati affinchè possano meglio essere vagliati dalla esperienza che altri vorrà compiere specialmente in regioni dove la malattia è più diffusa e quindi su di un materiale più ricco, che comprenda forme di vera infezione melitense di origine caprina.

Il Segretario: Introzzi.

Accademia Pugliese di Scienze.

(Sezione della Società Italiana di Pediatria).

Seduta del 15 luglio 1932.

In seno all'Accademia Pugliese di Scienze, alla presenza del prof. P. Gaifami, presidente, e sotto la presidenza del prof. O. Cozzolino, ha avuto luogo l'adunanza della Sezione Pugliese della Società Italiana di Pediatria.

Vennero svolte le seguenti comunicazioni:

Quattro casi di leishmaniosi diagnosticati a Lecce.

Dott. G. Candido. — Riferisce su quattro casi di leishmaniosi osservati a Lecce e raccomanda di eseguire al più presto possibile gli accertamenti diagnostici, ai fini di poter iniziare tempestivamente la cura specifica.

Su un caso di ittiosi congenita.

Prof. F. De Capua. — Riferisce su di un caso di ittiosi congenita tardiva, che l'O. ritiene rientri nel gruppo delle « genodermatosi ».

Discussione: Pinto.

Contributo clinico alla conoscenza del favismo nell'infanzia.

Prof. M. Mallardi. — Riferisce su due casi di favismo osservati rispettivamente in un bambino di 4 anni e in uno di 2 anni e mezzo. Ritiene che nel favismo lieve sia da accettare la patogenesi tossica che farebbe rientrare la malattia nel quadro delle intossicazioni alimentari; nei casi gravi pensa che si debba accettare l'ipotesi di una sensibilizzazione anafilattica.

Discussione: Milella e Gallo.

Meningite ventricolare purulenta unilaterale nel lattante.

Dott. F. Pinto. — Riferisce su un reperto di autopsia, in cui la diagnosi clinica di idrocefalia accertata con puntura lombare e con l'esame del liquor fu corretta al tavolo anatomico in quella di meningite ventricolare purulenta unilaterale con idrocefalia. Richiama l'attenzione sulla casistica molto rara di tale entità morbosa.

Discussione: Poppi, Cetroni, Barberi, Clemente.

Riflessioni sulla vaccinoterapia antipertossica.

Prof. O. Cozzolino. — L'O. desume dalla sua quasi decennale esperienza che le contraddizioni e le oscillazioni circa l'efficacia terapeutica degli attuali vaccini antipertossici potrebbero trovare spiegazione in un criterio epidemiologico e specie nella circostanza che essi agirebbero di solito, in base alla propria esperienza, più efficacemente a principio di ogni periodo epidemico, anzichè verso il declinare di esso: ciò eventualmente in rapporto sia con una virulentazione del germe in prosieguo del periodo epidemico, sia con un certo grado di acclimatazione successiva di esso germe ed esponente perciò dell'intervento di una vaccinoresistenza.

Tentativi di terapia nelle nefropatie croniche dei bambini.

Prof. S. Barberi. — In un bambino di 7 anni affetto da nefropatia cronica a tipo prevalentemente nefrotico, l'O, dopo di aver applicato per 4 mesi, con esito completamente negativo, i mezzi terapeutici comunemente suggeriti, ha voluto tentare la malarioterapia, spinto dalle osservazioni registrate nella letteratura di profonde remissioni e di guarigioni definitive di casi di nefrosi croniche in seguito a malattie infettive acute intercorrenti. Due settimane dopo l'interruzione degli accessi malarici, l'O. ha constatato una notevole duratura remissione dei sintomi nefrosici.

Discussione: Cozzolino, Mallardi, Bisceglie, Poppi.

La riserva alcalina nella tubercolosi infantile.

Prof. S. Barberi e dott. M. Bellino. — Dalle ricerche eseguite su 48 bambini con forme varie di tbc., studiati anche nei riguardi del tipo costituzionale, del tono e dell'eccitabilità del sistema nervoso della vita vegetativa, gli OO. sono portati a concludere che la R. A. presenta frequentemente valori normali, il più spesso una lieve diminuzione, eccezionalmente un'acidosi grave: non mostra un comportamento speciale di fronte alle varie localizzazioni tubercolari, ma presenta abitualmente evidenti rapporti con lo stato generale e con l'evoluzione delle lesioni locali. Non si possono trarre conclusioni sui rapporti tra R. A., tipo morfologico individuale, tono ed eccitabilità del sistema nervoso vegetativo nei bambini tubercolotici, essendo la casuistica rappresentata nella più alta percentuale da megalosplancnici, parasimpaticostenici e parasimpaticolabili; pare comunque che i parasimpaticolabili presentino dei valori leggermente più elevati in confronto degli altri gruppi.

Su un caso di emoglobinuria parossistica a frigore.

Dott. F. De Nicolò. — Riferisce su di un caso di emoglobinuria parossistica a frigore in una bambina di anni 12, eredoluetica. Data la costante negatività della prova del Murri, l'O. è indotto ad ammettere o che l'emolisi si avveri molto lentamente oppure che la fissazione dell'emolisina al globulo rosso si verifichi soltanto negli organi interni per particolari condizioni inerenti a questi.

Su di un caso di diplegia cerebrale (sindrome di Foerster).

Prof. C. Gallo. — L'O. riferisce su di un caso di sindrome di Foerster osservata in una bambina di 18 mesi, figlia di genitori consanguinei. Ritiene il caso degno di interesse per la rarità del quadro morboso, per l'importanza etiologica

della consanguineità, per la difficoltà infine di una diagnosi precoce nel piccolo lattante.
Prende la parola POPPI.

Variazioni dei leucociti in seguito ad iniezione di adrenalina nelle anemie dei bambini.

Dott. F. RUBINI. — L'O. comunica le variazioni del numero dei leucociti e della formula leucocitaria dopo iniezione di adrenalina nelle anemie infantili. In considerazione anche che altri stimoli leucocitogeni agenti elettivamente sul midollo osseo, mentre sono seguiti da spiccata leucocitosi nelle varie forme di anemie plastiche, riescono invece inefficaci nella leishmaniosi, ammette che l'adrenalina, più che sulla milza o sul sistema nervoso vegetativo, debba esplicare la sua azione proprio sul midollo osseo.

Il PRESIDENTE, nel togliere la seduta, ringrazia gli OO. per le varie e interessanti comunicazioni, e tutti gl'intervenuti. S. BARBERI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 30 giugno 1932.

Presidenza: R. TAMBRONI.

Dott. VIGEVANI. — *Due interventi per estrazione di corpi estranei dal duodeno (cucchiaio e spillo di sicurezza).*

Prof. NASSETTI. — *Le vicende degli aghi penetrati nel corpo. (Studio sperimentale e clinico).*
Discussione: LEO, CASATI EUGENIO, MINERBI, TAMBRONI, CHIAPPINI EDMONDO.
Risponde il prof. NASSETTI.
Dott. DONDI. *Voluminoso mixoma dello sciatico.*

Enorme ciste ossea solitaria del gran trocantere.

Dott. SERENA. — L'O. espone un caso di enorme ciste metafisaria superiore del femore curata con demolizione della parete esterna, svasamento e toletta della cavità e piombaggio con lembo periostio-mio-aponeurotico.
Dimostra con radiogrammi di confronto i brillanti risultati ottenuti.

Di un mezzo e di un espediente di utile impiego in alcuni casi di difficoltata chiusura dell'addome.

Dott. LEO. — L'O. presenta e descrive una speciale pinza, da lui ideata, la quale, contenendo e proteggendo i visceri addominali, facilita la chiusura dell'addome in vari casi in cui questa è difficoltata da un aumento della pressione endoaddominale o da una abnorme tensione delle pareti.
Nei casi più difficili aggiunge all'uso della pinza una, due o più anse traenti di robustissimo filo, applicate a 2-3 dita da ciascun lato della ferita, che poi rimuove subito, a sutura ultimata.
Discussione: NASSETTI e NOBILI.

L'autoematoterapia nella cura del tetano.

Dott. MARVELLI WALTER. — L'O., passati in rassegna i diversi metodi di cura antitetanica, conclude col notare che, in genere, la sieroterapia da sola viene considerata oggi come insufficiente. E poichè tutti i moderni procedimenti curativi associali, dai diversi AA. consigliati, non sono sempre di facile e opportuna esecuzione nella pratica della condotta, ha pensato di associare alla sieroterapia l'autoemoterapia, agevole a praticarsi, che ha già dato buoni risultati nel trattamento di numerose malattie, anche infettive, e che trova la sua giustificazione in applicazioni analoghe e in esperienze di laboratorio.
L'O. poi riferisce in breve un caso clinico, nel quale l'associazione in discorso si è rivelata molto vantaggiosa.
Riguardo alla modalità della cura, ricorda che le iniezioni vennero eseguite preferibilmente lungo l'arto inferiore sinistro e all'addome e ai glutei della parte, dove era stata la porta d'ingresso della infezione.
Richiama, infine, l'attenzione sul trauma, che la paziente aveva riportato nell'intervallo fra l'ingresso dell'infezione e lo sviluppo della sintomatologia tetanica, coincidenza da lui osservata anche in un altro caso di tetano ospedalizzato, in cui pure il trauma sembrò favorire, o per lo meno accelerare, lo scoppio dei fenomeni morbosi.
Discussione: prof. RIETTI.

Dott. NENCI. — *Sopra alcuni criteri moderni di terapia e di profilassi della difterite.*

Sulla piretoterapia aspecifica nella epilessia.

Dott. L. BERTAGLIA. — L'O., partendo dal concetto che lo zolfo influenzi processi morbosi spirochetosici e aspecifici, a titolo di nota preventiva, espone tre casi di « psicosi epilettica » trattati con la piretoterapia. (Piretogeno « Film »).
Afferma di avere avuto utili risultati con attenuazione o miglioramento sia dei fatti psichici come delle crisi convulsive, e vantaggio di tutta la sindrome mentale nervosa; dovuti, secondo una sua interpretazione, ad un indebolimento della vitalità delle tossine (sotto l'azione della febbre) che creano lo stato tossico a cui si possono imputare le crisi epilettiche.
Si riserva, però, una prova estesa ad un maggiore numero di malati, per stabilire la durata del vantaggio ottenuto e della eventuale guarigione.

Sull'azione dell'acetilcolina nell'epilessia.

Dott.ssa G. BERTAGLIA. — L'O. espone quattro casi di malati di epilessia trattati con l'acetilcolina.
Mentre altri sperimentatori hanno ottenuto notevole sollievo e scomparsa definitiva delle crisi epilettiche, con iniezioni intramuscolari di 20 centigrammi di acetilcolina, l'O. ha ottenuto, invece, dei risultati contrastanti, o addirittura negativi.
A riprova di questo modo di agire dell'acetilcolina nell'organismo umano, d'accordo con recenti vedute del Viale, ritiene che un fermento del sangue e dei tessuti, chiamato « Esterasi », distrugga l'acetilcolina, scindendola in acido acetico e colina, la quale, in definitiva, negli epilettici, secondo le vedute del Donati, è una base ammoniacale, eminentemente tossica.
Conclude ritenendo illusoria l'azione di questa sostanza in pazienti di « stato di male epilettico ».

Il Segretario: E. CHIAPPINI.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 31 maggio 1932.

Contributo alla conoscenza delle cisti endossee con particolare riguardo alla loro patogenesi.

G. TRITTO. — L'O. riferisce di un caso capitato alla sua osservazione di cisti della regione metaepifisaria distale del radio d. in un giovanotto di 17 anni, rilevata accidentalmente all'esame radiologico all'indomani di un trauma sul polso destro (caduta di una pietra di tufo). I sintomi contusivi risolsero in dieci giorni. Alcuni giorni dopo il soggetto accusava una certa impotenza funzionale, con modica tumefazione e dolorabilità. Gli esami radiologici successivi eseguiti a distanza di 15 mesi dal primo, dimostrarono un maggior sviluppo della cisti, specie nel tratto epifisario; l'intervento chirurgico rivelò la natura ematica della cisti; guarigione per primam: rapido miglioramento funzionale con quasi completa scomparsa della tumefazione e del dolore. L'O. ha praticato tutte le ricerche biologiche, specie sul metabolismo calcico (11 % nel sangue, 0,50 nelle urine nelle 24 ore): quindi non ipercalcemia, nè calciuria. Esclusa perciò la genesi traumatica, l'O. rivolge la sua attenzione a tutta la letteratura recentissima sull'argomento per dedurne che molto probabilmente anche per queste cisti solitarie l'origine deve andare ricercata in disturbi endocrinici (paratiroidi?). È certo però che l'origine traumatica delle cisti ossee non ha alcuna conferma dal caso di esame, per cui l'O. si chiede se anche in tutti gli altri casi definiti traumatici dagli autori, non si sia trattato di una concomitanza occasionale della cisti col trauma della regione stessa: in ogni caso egli opina che si possa solo invocare il trauma come momento patogenetico — e fino ad un certo punto — delle cisti ossee, quando il tempestivo esame radiologico al momento del trauma dimostrasse la integrità dello scheletro ed un successivo ulteriore esame radiologico, a distanza di tempo, attestasse in quella sede la comparsa di una cisti.

Contributo alla cura chirurgica delle ulcere della piccola curvatura dello stomaco.

R. JANNI. — Anzitutto l'O. dichiara essere convinto che la gastropilorectomia è la terapia più adatta per queste lesioni. Viene soppressa l'ulcera e nello stesso tempo il complesso causale domato. Nondimeno possono arrivare al chirurgo infermi con le suddette ulceri, privi di forze e che invocano celere intervento. Misurando la loro resistenza se non possiamo fare una g. pilorect. cosa facciano per ajutarli? Alcuni chirurgi hanno proposto cominciare con una g. enter. Ma, con questo intervento, i dolori persistono ed il neostoma resta inattivo essendo pervii piloro e duodeno. Invece in tre casi l'O. ha fatto la resezione larga dell'ulcera, per fare, eventualmente, la g. pilorect. in secondo tempo nel caso che le sofferenze continuassero. In un primo caso ha eseguita un'ampia resezione a sella della piccola curvatura asportando un'ulcera larga quanto una moneta di dieci lire e ricostruendo con adatta sutura la piccola curvatura. In un secondo caso ha fatto una resezione più piccola per un'ulcera, della grandezza di una moneta di cinque lire, situata nel segmento più alto della piccola curvatura. Ed in un terzo caso, per una grossa ulcerazione, ampia e raggiata, di antica data, che aveva anche determinata una biloculazione dello stomaco, l'O. ha eseguita rapidamente, essendo l'inferma in condizioni generali gravissime, una resezione mediogastrica. Tutti e tre questi infermi avevano dolori intensissimi, ed in tutte le ore, essendo le ulceri non solo ampie ma profonde fino al pancreas. Sono guariti rapidamente ed inviano sempre buone notizie. Sicchè, negli infermi con ulceri della p. curv., che, per le condizioni gravi, non possono sostenere una g. pilorect., noi possiamo avere un immediato successo anche con una parziale resezione gastrica. Questa è risultata sicuramente benefica e permette anche, nel caso di ritorno delle sofferenze, l'ulteriore radicale intervento. Concludendo, se con una parziale resezione, noi lasciamo uno stomaco con mucosa sana, possiamo fondare anche in un definitivo successo operatorio; ed abbiamo anche il modo di trattare le ulceri della p. curv. in soggetti gravissimi, prima con un intervento meno grave, fallito il quale ci resta la possibilità di praticare la g. pilorect. su di un infermo già molto migliorato nelle condizioni generali.

Seduta del 30 giugno 1932.

Su di un caso di ipospadia vulviforme.

V. DI FABIO. — Presenta un soggetto con ipospadia peno-scrotale completa, o vulviforme, perfettamente guarito in seguito a triplice plastica. Descrive la rara anomalia, consistente non già nella semplice schisi dell'uretra e dello scroto, ma nella presenza di un canale rudimentale situato al disotto dell'uretera membranosa, il quale era profondo ben otto centimetri, terminantesi a fondo cieco davanti al retto, e che aveva tutto l'aspetto di una vagina rudimentale. Dà un rendiconto dettagliato della tecnica seguita.

L'aiuto della cinematografia nell'insegnamento della Radiologia e della Clinica.

L. PIERGROSSI. — L'O. parla delle difficoltà di poter disporre per l'insegnamento di pazienti adattti e quindi discute dell'aiuto della cinematografia, che permette di mostrare atteggiamenti patologici, interventi operatori ed immagini radiologiche a molti discenti e che può all'occorrenza essere ripetuta. Mostra un apparecchio da presa ed uno da proiezione di costo limitato e con pellicola del passo di 6 mm. Accompagna la conferenza la proiezione di tre atti operativi eseguiti dal dott. Bardensteim di Berlino.

F. BUONOMO LA ROSSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il sintoma del dolore plantare pretalloniero per la diagnosi precoce delle flebiti post-operatorie.

Ducuing (*Presse Médic.*, 1932, n. 41), premesso che le flebiti post-operatorie sono in continuo aumento e che una diagnosi precoce s'impone per una cura appropriata, mette in evidenza l'importanza di un sintoma da lui stesso osservato fin dal 1928, descritto in seguito dal Denecke, poi studiato dal Payr e dal Sulger.

Questo segno consiste nella comparsa qualche giorno dopo l'operazione, o al momento del mettersi in piedi dell'ammalato, di un dolore soggettivo ed obbiettivo, localizzato in corrispondenza di un punto situato al davanti dell'estremo anteriore del calcagno nella pianta del piede.

Tale dolore sarebbe dai più considerato come l'espressione di una compressione dei rami nervosi decorrenti insieme alle arterie e alle vene da parte delle vene flogosate. Secondo l'A. avrebbe importanza nel suo determinismo anche lo spasmo arterioso secondo Leriche.

La sua importanza sta nella precocità della sua comparsa, nella facilità con cui può essere messo in evidenza e nella possibilità quindi che esso determina di instaurare in tempo una cura appropriata. B. PAGGI.

Colecistografia e contrazioni vescicolari.

H. Godard e A. Koliopoulos (*Presse Méd.*, 21 maggio 1932) hanno osservato una molto bella colecistografia che dà una prova decisiva dell'importanza della contrattilità vescicolare.

In una inferma, nella quale si sospettava una colecistite, fu eseguita la colecistografia per ingestione di pillole cheratinizzate di tetraiodofenolftaleina in ragione di otto centig. per chilo. Le radiografie furono fatte dopo 8 h. 45, 9 h. 45 e 11 h. 30. L'ultima fu preceduta da un pasto leggero. Nella prima il riempimento della vescicola era appena visibile, nella seconda l'ombra si accentuò, si fece più densa e regolare, nella terza (presa circa 20' dopo il pasto di prova) si notò una diminuzione considerevole del volume della cistifellea, mentre il cistico si disegnava in tutta la sua estensione, ciò che sembrava mettere in evidenza una pressione elevata e brusca nelle vie biliari.

Tale rara colecistografia merita di essere conosciuta, poichè essa costituisce un documento importante in favore della contrazione vescicolare e permette di giudicare dell'integrità della cistifellea e di eliminare la diagnosi di colecistite.

La tecnica della colecistografia in serie, una delle quali preceduta da un leggero pasto composto di alimenti che favoriscano l'azione colecistocinetica (giallo d'uovo, ecc.) è ben conosciuta, ma, in generale, poco usata. Essa è un elemento di diagnosi differenziale importante. C. TOSCANO.

Studi sulla diffrazione dei calcoli ai raggi X.

S. Ranganathan (*The Indian Journ. of Medic., Research.*, aprile 1932) ha per il primo studiato la diffrazione ai raggi X dei calcoli, partendo dalla nozione fisica che i cristalli finemente polverizzati dànno degli anelli sottili e a contorno netto, mentre le sostanze colloidali dànno bande diffuse e i cristalli non polverizzati numerose macchie di Laue.

Egli ha esaminato calcoli umani vescicali e biliari, cristalli di acido urico e di colesterolo puri e calcoli vescicali di gatto, prendendone una piccola sezione e anche esaminando una parte polverizzata.

Dai calcoli biliari pigmentati ottenne colla diffrazione 3 anelli netti, due dei quali erano molto sottili con un anello ancora più sottile fra loro, più due zone scure nell'anello separate fra loro da una distanza uguale al diametro dell'anello. I calcoli biliari non pigmentati hanno dato due anelli, come i calcoli non pigmentati, ma senza anello centrale, più numerose macchie di Laue.

Il colesterolo puro diede due anelli di dimensione maggiore di quella degli anelli avuti nei calcoli biliari.

Un calcolo vescicale umano diede due anelli sottili, mentre l'acido urico puro diede 4 anelli, di cui 1 solo molto brillante.

Un calcolo vescicale di gatto diede 4 anelli opachi, sottili. R. LUSENA.

CASISTICA.

Cancro del colon sigmoideo in un giovane di 15 anni.

Matignon et Furchard (*Soc. Nat. de Chir.*, n. 26, 24 ottobre 1931, pag. 1180) riportano il caso di un giovane di 15 anni, che nell'ottobre 1929 fu colto da una sindrome subocclusiva, con vomito e dolori localizzati nella fossa iliaca sinistra. All'esplorazione rettale si ha l'impressione vaga di trattarsi di una stenosi alta da invaginazione intestinale. Radiograficamente fu messo in evidenza un mesocolon, per cui fu prescritta cura medica, essendosi dileguati i disturbi. Dopo 2 mesi aggravamento dello stato del malato (vomiti, meteorismo, peristalsi intestinali visibili sulla parete). L'esplorazione rettale riuscì negativa. Radiologicamente fu messo in evidenza un megacolon con restringimento del tratto retto-sigmoideo, che si presume dovuto a formazione valvolare.

L'intervento che era stato prima indirizzato verso una ciecostomia portò a scoprire verso la fine del sigma un tumore duro, sotto l'aspetto di scirro; non gangli nel meso; noduli sul perineo vicino alla sede del tumore; scarso liquido endo-addominale.

Resezione del sigma corrispondente al tumore e fissazione dei monconi colici alla parete.

Si trattava di un epitelioma del tipo di scirro, a forma di anello, essendosi ridotto il lume dell'intestino al calibro di una penna d'oca.

Dopo 4 mesi a richiesta dei familiari chiusura dell'ano iliaco, ma dopo altro breve periodo morte del paziente.

Il cancro del colon in individui al disotto dei 20 anni non è frequente. Su 49 casi raccolti nel 1923 da Phifer 23 erano maschi e 13 femmine. Furono ancora segnalati 1 caso di adenoepitelioma dell'angolo splenico in una ragazza di 10 a. da Mouchet e Baranger; 1 caso di epitelioma cilindrico dell'angolo splenico del colon in un bambino di 11 anni da Wainwright (1925); ancora (1930) un caso di epitelioma del colon discendente in una ragazza di 15 anni da Drinkwater.

Dai dati sinora noti risulta che il cancro del colon è raro nella infanzia, ma è meno raro a livello del retto e del sigma.

La diagnosi mai fu fatta prima dell'operazione, la quale di solito fu praticata con sospetto di megacolon e di invaginazione.

JURA.

Sulle peritonite da pneumococco.

Nové-Josserand (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 feb. 1932, pag. 99) rileva che nell'ultimo congresso francese di Chirurgia è stata posta come regola l'intervento immediato nelle peritoniti acute; ora pare che si chieggano se la peritonite da pneumococco deve essere operata d'urgenza come le altre. L'A., compreso dell'interesse medico del quesito, fa una lunga disamina, ricordando tutti i caratteri differenziali della forma. Conclude, affermando, che l'operazione nelle prime ore non è del tutto priva di inconvenienti, potendo aggravare lo stato setticemico e impedire le localizzazioni peritoneali circoscritte, che a volte si verificano, e forse con l'anestesia e con il trauma di un atto operativo, favorire delle metastasi polmonari. Oltre a ciò egli lo ritiene inutile, perchè se il versamento sia diffuso e sia scarso, non può sopprimere la causa infettiva, spesso diffusa e forse setticemica.

Converrebbe quindi che il chirurgo prima di intervenire su di una peritonite acuta, cercasse di distinguere la natura di essa, e ove la diagnosi di peritonite pneumococcica emergesse chiara converrebbe sorvegliare l'ammalato e temporeggiare ricorrendo a tutti i mezzi che la medicina ci offre, per quanto fortunatamente essi, comprese la sieroterapia, la vaccinoterapia, non abbiano dato alcun risultato positivo. Ma se le condizioni non migliorano o se la diagnosi rimane dubbia, allora solo converrebbe intervenire con una operazione che riduca al minimo possibile gli inconvenienti.

G. AMANTEA.

A proposito delle pancreatiti dette emorragiche.

L'espressione clinica « pancreatite edematosa » che ha sostituito da qualche tempo quelle universalmente riconosciute inesatte di « tumore bianco del pancreas, fungo maligno ecc. » è anch'essa, secondo R. Soupault (*Presse Méd.*, 2 aprile 1932), quanto mai impropria. L'edema del pancreas per un processo infiammatorio, non merita di dare il suo nome al termine che definisce la malattia pancreatica, poichè ha lo stesso significato che ha l'edema infiammatorio insorgente in vicinanza di un processo infettivo tissulare. I due aspetti più caratteristici della pancreatite acuta sono l'emorragia e la steatonecrosi; con tutto ciò, nessuno ha proposto il termine di pancreatite emorragica o di pancreatite con steatonecrosi.

L'espressione quindi « pancreatite edematosa » deve essere abbandonata, per non ingenerare confusione creando una nuova forma di pancreatite acuta, che dal punto di vista anatomopatologico non merita una individualità propria; al massimo, quando l'edema dell'organo è molto evidente, si potrà parlare di « pancreatite acuta con edema ». E. LIVERANI.

Sindromi retroperitoneali d'origine renale.

L. Tixier (*Surg. Gyn. and Obst.*, marzo 1932) ricorda le molteplici azioni riflesse del rene sul peritoneo e sugli organi endo-addominali per la via del plesso perineale ai plessi solari e ai gangli semilunari. In base anche ad esperienze condotte su animali egli giunge alla conclusione che dalla capsula renale e dal plesso disposto specialmente attorno al peduncolo partono stimoli inibitori: *a*) sulle contrazioni gastriche, *b*) sui movimenti peristaltici intestinali, *c*) stimoli dolorosi sul peritoneo parietale causa di peritonismo.

Inoltre, nelle infezioni renali si ha una propagazione lungo la faccia posteriore del peritoneo parietale con produzione di fenomeni di irritazione peritoneale e peritonite vera e propria. V. GHIRON.

TERAPIA.

Terapia del collasso postoperatorio.

In questo suo interessantissimo articolo il Bergmann (*Deut. Med. Woch.*, 14, 1932) si rivolge sopratutto ai chirurghi.

Egli richiama la loro attenzione sul meccanismo che presiede alla comparsa dei fenomeni di collasso postoperatorio.

Il vecchio concetto centrale di Romberg, per cui il collasso era dovuto ad una intossicazione dei centri vasomotori, va oggi corretto

nel senso che è la periferia — i capillari, le venule — l'agente principale di questo quadro morboso. Nel collasso il sangue ristagna alla periferia, nei vasi che si dilatano abnormemente, formando delle « paludi », dei « canali » in cui la corrente procede lentissimamente: tutti i « depositi », il fegato, la milza (Barcroft), il plesso sottopapillare della cute, si rigonfiano e si distendono: la massa circolante e la velocità circolatoria diminuiscono: meno sangue giunge al cuore; meno viene lanciato nelle arterie.

E così si può giungere ad uno stato circolatorio gravissimo, e persino mortale, pur essendo il cuore in ottime condizioni; non si meravigli dunque il chirurgo dell'insorgenza di un collasso in un soggetto di cui il collega « internista » aveva detto che il cuore era sano!

E, d'altra parte, non cerchi di curare lo stato di collasso con una somministrazione di cardiocinetici, di digitale per es. che può essere addirittura dannosa, giacchè contribuisce a rallentare la circolazione e a riempire i « depositi » già colmi; ma ricorra invece alle medicine che hanno azione periferica come l'adrenalina, l'efedrina, il sympatol. V. SERRA.

La cocaina come antidoto della avertina.

Uno degli inconvenienti principali dell'avertina consiste nel non potersene sospendere la somministrazione (come p. es. nella narcosi eterea) in caso di inconvenienti.

A cercare di ovviare a tale inconveniente, Martin-Kotzoglu (*Dtsch. Zeitschr. Chir.*, volume 234, pag. 115) hanno esaminato l'azione di sostanze eccitanti il bulbo e il sist. nervoso centrale in genere, e hanno trovato nella cocaina la sostanza rispondente.

Essi narcotizzarono cani con avertina, oppure con avertina, narcotina e solfato di Mg. (0,3-0,6 cmc. di avertina per Kg.). Nel corso della narcosi, iniettarono sottocute 5-10 cm^3 di cocaina all'1 %, ottenendo il passaggio dalla respirazione rara e superficiale data dall'avertina, ad una respirazione regolare, frequente e profonda, una regolarizzazione della attività cardiaca, e, dopo qualche minuto, il risveglio, specie se la cocaina era iniettata sottocute.

In base a tali reperti sperimentali, gli AA. provarono la cocaina nell'uomo, in casi in cui si presentassero inconvenienti nella narcosi avertinica o anche solo per interromperla dopo l'operazione, ed ebbero risultati incoraggianti alla diffusione di tale metodo. A. CALÒ.

Il trattamento atropinico del parkinsonismo.

C. Römer (*Med. Welt.*, 6 ag. 1932), ha trattato con l'atropina 350 casi di parkinsonismo, fra cui 25 di paralisi agitante ed ha ottenuto in tutti, anche nei casi più gravi, un miglioramento per cui il 55 % è ritornato pienamente capace di lavorare, il 20 % con capacità ridotta ed il 25 % pur migliorato, ma incapace di lavorare. Mentre, prima della cura, il 55 % aveva bisogno di qualche assistenza nei comuni atti della vita (vestirsi, mangiare, ecc.), dopo la cura la proporzione era solo del 12 %; nel 40 %, tale assistenza doveva essere totale prima della cura, mentre dopo, tale categoria era ridotta al 2 %.

La quantità di atropina necessaria è stata, in un terzo dei casi, fino a 5 mg. 3 volte al giorno; in un altro terzo, 10 mg. 3 volte al giorno, negli altri, dosi più alte fino a 50-60 mg. 3 volte al giorno.

Il sintomo che scompare più presto è la salivazione; bene influenzata è la rigidità muscolare, un po' meno il tremore; con l'inizio del miglioramento scompare lo stato depressivo e rassegnato del malato, si manifesta spesso un certo spirito di iniziativa e si hanno talora cambiamenti del carattere specialmente nei giovani.

Si comincia con la dose di 1/4 di mg., 3 volte al giorno ad intervalli precisi: la prima pillola dopo la prima colazione, l'ultima la sera prima di coricarsi, la seconda intercalata fra le due. Si cresce poi di 1/4 di mg. (1-2 volte al giorno); se si manifestano disturbi (vertigini, vampe di calore, palpitazioni, ecc.) si rimane per qualche giorno alla dose raggiunta e poi si continua ad aumentare fino a che non si manifestano più miglioramenti. Si rimane per qualche giorno alla dose così raggiunta e poi si diminuisce gradatamente di 1/4 di mg., 1-2 volte al giorno fino a che si nota un peggioramento. La dose di mantenimento è un po' più alta di quella così raggiunta. Eventualmente si può dare il medicamento per suppositori (alla stessa dose) o per iniezioni (dose ridotta ai 2/3). Nei bambini, si incomincia con una soluzione a 1/1000; 2 gocce 3 volte al giorno, aumentando di una goccia ogni 1-2 giorni; quando si è arrivati alla dose di 1 mg., si usa una soluzione a 0,25/100.

Alla paralisi dell'accomodazione, si rimedia con degli occhiali da ipermetrope; per la luce solare, la neve, si usano occhiali scuri.

Negli eventuali disturbi gastro-enterici, si provvederà in conseguenza; nella difficoltà di urinare, si daranno urotropina, salol, e simili; nel caso di palpitazioni, vampe di calore ecc. valeriana, cardiazol, efedrina; l'insonnia si cura come comunemente (luminal e simili). Non esistono vere controindicazioni. La cura va scrupolosamente seguita dal medico.

fil.

L'ulcera gastrica e duodenale curata con successo a mezzo del benzoato di soda per via endovenosa.

S. Bazzano (*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 5 giugno 1932) osserva che il benzoato di sodio possiede una spiccata proprietà antipepsinica; basta infatti addizionare a del succo gastrico di cui le proprietà proteolitiche siano state precedentemente determinate, pochi centigrammi di benzoato di soda per ottenere un note-

vole ritardo nel processo di digestione dell'albumina, anche quando al succo gastrico viene aggiunto dell'acido cloridrico a sufficienza per compensare quella quantità che dal benzoato viene neutralizzata. D'altra parte il benzoato di soda è in pratica medica comunemente somministrato senza che al paziente ne derivino inconvenienti apprezzabili.

Le iniezioni ipodermiche sono molto dolorose e quindi l'A. ha pensato di ricorrere alle iniezioni endovenose, iniettando una soluzione di benzoato di soda al 25 %.

Su 28 casi curati si ebbero 27 guarigioni constatate radiologicamente. Un caso solo resistette alla cura, ma all'operazione fu constatata la presenza di una iniziale infiltrazione adeno-carcinomatosa di una antica ulcera gastrica.

Durante il trattamento venne escluso qualsiasi altro sussidio terapeutico. Agli ammalati venne somministrata una dieta normale con esclusione di cibi eccessivamente grossolani, acidi o piccanti, delle bevande alcooliche ed in un primo tempo anche della carne, ma soltanto per non intralciare gli esami coprologici. Venne inoltre proibito il consumo di tabacco.

Il numero delle iniezioni occorrenti per ottenere la scomparsa radiologica dei segni dell'ulcera varia a seconda della sensibilità del soggetto al medicamento e della entità della lesione; in media occorrono da 20 a 30 iniezioni; ottenuta la scomparsa della lesione, si praticano ancora alcune iniezioni a giorni alterni.

C. Toscano.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le tappe di una nuova concezione della patogenesi e cura della piorrea alveolo-dentaria.

G. Vincent (*Le Scalpel*, 9 luglio 1932) riassume le proprie idee e lavori sulla piorrea alveolo-dentaria, tesi da aggiungere a quelle che in gran numero si sono proposte di chiarire uno dei problemi più controversi della patologia. Egli richiama anzitutto l'attenzione sugli stati di prepiorrea caratterizzati da una gengivite premunitoria. Per la constituzione di una piorrea per molto tempo si è creduto che occorreva la porta di entrata del microbo, entrata favorita dall'indebolimento del terreno. Vincent oppone a questa concezione la sua tesi di infezione per via interna, per batterioemia, favorita da un potere attrattivo speciale della gengiva per i microbi. Questo potere di fissazione si spiegherebbe con l'esistenza di tessuto linfoide messo in evidenza dal Rettere che assegna alla gengiva un potere di emuntorio.

Da questa concezione deriva la prima conclusione terapeutica: tendere verso la sterilizzazione microbica e trasformazione fibrosa della gengiva. Il fenomeno patologico essenziale della piorrea è l'alveolisi che si può presentare in tre forme: asettica, settica, ed associata.

Per stabilire la batteriologia dell'infezione, Vincent ha praticato l'emocultura che gli ha permesso di mettere in evidenza in alcuni punti lo streptococco emolitico. Presenta una osservazione clinica particolarmente dimostrativa e stabilisce le basi della cura, costituita dall'autovaccino e dal trattamento locale avente per scopo di portare alla trasformazione fibrosa della gengiva.

Monteleone.

La funzione delle tonsille.

Poco si sa a questo proposito. Secondo Seiferth la sola funzione sicura è quella di produrre linfociti, però in questa funzione le tonsille sono aiutate da numerose altre ghiandole linfatiche, per cui la loro estirpazione non può alterare la costituzione di un individuo.

Ci sono molte ragioni per ammettere che le tonsille abbiano importanza nella difesa dalle infezioni e la loro involuzione puberale è forse in rapporto con un certo grado di immunità acquisito nei primi anni di vita.

Non è provato che le tonsille abbiano una secrezione interna.

L'ufficio di igiene di Boston ha diramato una circolare ai medici scolastici consigliando la tonsillectomia e l'adenoidectomia se il bambino presenta ripetuti attacchi di tonsillite, se soffre continuamente di « raffreddori », se ha ipertrofia delle ghiandole cervicali, se respira prevalentemente o solamente colla bocca, se ha spesso faringite, bronchite, laringite, se le tonsille sono così grosse da ostacolare l'alimentazione, se c'è sinusite concomitante all'ipertrofia tonsillare o alle adenoidi.

Il « problema delle tonsille » però, va risolto caso per caso e non è facile stabilire norme generali sicurissime.

(*The Lancet*, 9 aprile 1932). R. Lusena.

Dell'azione del latte umano nel rachitismo sperimentale.

F. Borsarelli (*Riv. di Clin. Ped.*, fasc. II, febbraio 1932) ha condotto tale studio ricercando l'eventuale azione curativa e profilattica esercitata dal latte umano sul rachitismo sperimentale dei ratti.

Dalle conclusioni alle quali giunge, si rileva che tale latte attutisce il danno generico provocato dalle speciali diete rachitizzanti, esercitando poi una moderata azione curativa sulle eventuali lesioni rachitiche dello scheletro preesistenti, nonchè un'azione profilattica assai discreta su queste lesioni sperimentalmente provocate.

La dose di latte somministrato ha valore per l'intensità dell'azione curativa o profilattica esplicata.

Il latte umano irradiato, finalmente, benchè notevolmente tossico per i ratti, mostra di possedere attività calciofissatrice.

M. Faberi.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. Giardetti da Brunna di Spoleto:

In linea generale, i raggi ultravioletti sono più abbondanti quanto più a perpendicolo cadono, perchè lo strato di atmosfera attraverso a cui passano è minore e quindi essi vengono assorbiti in minor quantità. Così, una superficie orizzontale assorbe il 78 % di raggi ultravioletti quando questi cadono con angolo di 90°, mentre ne assorbe soltanto il 56 % a 50°, il 4 % a 10°. Il massimo dei raggi ultravioletti si ha, quindi, quando il sole è allo zenith. Le cure elioterapiche, però, si fanno di solito di estate dalle 7 alle 10 soprattutto per evitare il forte calore, ma non già perchè in tali ore siano più abbondanti. Ad ogni modo, tenuto conto delle numerose ore di insolazione che si possono godere durante l'estate, non è da temere di privarsi di raggi ultravioletti se non si prendono durante le ore della siesta. *fil.*

Al dott. B. Daves, da Bezzecca:

Consulti: A. Hermannsdorfer e M. Hermannsdorfer Porro-Schiaffinati: *Guida pratica per l'alimentazione senza sale dei tubercolotici.* L. Cappelli, ed. Bologna, 1930. L. 10. *fil.*

VARIA.

Un caso di analgesia generale congenita.

Il caso eccezionalmente interessante è riferito da G. Van Ness Dearborn nel numero di giugno 1932 del *Journal of Nervous and Mental Disease* di New York.

Si tratta di un boemo di Praga di 45 anni, emigrato in America all'età di cinque anni. Esercitò varii mestieri: fu musicante nella Marina da guerra degli Stati Uniti, autista, impiegato nella marina mercantile, nei teatri ecc.

E' completamente esente da tare neurologiche familiari, ed egli stesso non presenta alcun segno di neurosi o di psicosi; non ha mai sofferto malattie nervose e non ne presenta sintomi in atto.

La sua sincerità è manifesta e comprovata. Ha memoria perfetta. Ricorda di non avere mai sofferto alcun dolore all'infuori di cefalee alle quali va soggetto.

Tuttavia egli fin dall'infanzia ha subìto azioni d'ordinario fortemente dolorose senza risentirne alcuna sofferenza.

All'età di sette anni cadde dall'alto con la faccia sulla punta di un piccone. Il medico lo curò con tintura di iodio. Egli non sentì mai alcun dolore, ma soffrì per qualche tempo shock nervoso.

Lo stesso anno fu ferito al parietale destro da una scheggia di palo, la quale penetrò tanto a dentro che egli non potette tirarla via. Corse a casa dove il padre gliela estrasse. Egli non sentì mai dolore neppure all'incisione fattagli dal chirurgo. Ebbe solo cefalea e fosfeni per parecchi giorni.

A dieci anni si ferì gravemente con un'ascia ad un ginocchio (la vasta cicatrice è ancora visibile). Il suo medico gli disse che aveva un coraggio meraviglioso, ma in effetti egli non aveva gridato perchè non aveva sentito alcun dolore.

A quattordici anni soffrì otite media acuta (di cui è residuata una forma cronica purulenta), ma non ebbe alcun fastidio, tanto che non abbandonò la scuola.

Alla stessa età si ferì con un colpo di pistola all'indice sinistro, che fu completamente attraversato. Non avvertì alcun dolore.

A sedici anni soffrì una grave carie dentaria. Non sentì alcun dolore tanto che continuò ad esercitarsi con il clarino.

Dopo, in seguito a caduta da una palizzata, riportò frattura del perone sinistro. Avvertì un leggero dolore solo quando il chirurgo gli rimise l'osso a posto.

A ventisei anni, in un accesso di rabbia, egli si ruppe il naso battendolo contro un pianoforte, e non sentì dolore.

Inavvertitamente poggiò le dita su una stufa a gas accesa, e non sentì nulla. Avvertì solo l'odore della pelle bruciata.

Poco tempo fa per un anno e mezzo si è guadagnato la vita rappresentando in teatro « Il cuscinetto umano », facendosi infiggere spille, convenientemente sterilizzate, su tutte le parti del corpo all'infuori dell'addome e degli inguini.

Eseguì anche una scena speciale, la crocifissione. Si era fatto costruire chiodi con la capoccia di oro e con punte aguzze e con essi doveva farsi crocifiggere. Al primo chiodo piantatogli con un martello nel palmo di una mano, una spettatrice svenne e così si dovette porre termine alla rappresentazione. Egli aveva offerto 5000 dollari a quel medico che avesse rilevato in lui segni di dolore durante la crocifissione.

Non ha mai avvertito dolori viscerali anche nel corso di una pulmonite e di un tifo.

Ha trascorso tutta la vita senza la funzione teleogica difensiva del dolore.

Senza dubbio non può parlarsi d'isterismo in questo individuo flemmatico e cinquantenne.

La sua anestesia dolorifica è completa, pura, congenita.

Tutte le altre sensibilità sono integre.

La mentalità è sotto tutti i riguardi normale.

La spiegazione del fenomeno è certo difficile. Trattandosi di un fatto persistente, congenito, isolato, conviene pensare ad un difetto di sviluppo dei centri o delle vie della sensibilità dolorifica. *argo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALA (*Trento*). — Scad. 30 sett.; 2ª condotta; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v., L. 1200 indenn. via, L. 2200 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

ALCAMO (*Trapani*). — Scad. 31 ott.; L. 8000; 3 scatti quadriennali e 3 quinquennali di L. 700; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; 5 anni di laurea.

ARCEVIA (*Ancona*). — Condotta residenz. della Frazione Palazzo. L. 9000 lorde; indenn. trasporto L. 3000 (auto o cavallo), L. 2000 (motocicletta), L. 1000 (bicicletta) con riduz. del 12 %. Età massima a. 40, salvo eccezioni; nel certificato di buona condotta, espressa menzione di non aderire ad associazioni od organizzazioni tendenti a sovvertire l'ordinamento politico dello Stato o svolgenti azione incompatibile con le direttive del regime fascista. Documenti temporanei non anteriori a 3 mesi al 20 agosto. Tassa L. 50,10 al locale Tesoriere comunale. Scad. 30 giorni dal 30 agosto.

ARDENNO (*Sondrio*). — Scad. 30 sett.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san.

AREZZO. — Scad. 21 sett.; condotta di campagna con residenza a Palazzo del Pero; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 3600 trasp., L. 800 arm. farm.; età lim. 45 a.

ATZARA (*Nuoro*). — Scad. 25 sett.; L. 8000 e c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASTELMASSA (*Rovigo*). — Scad. 30 sett.; 1ª condotta; L. 8000 oltre indennità varie; riduz. 12 %.

CECINA (*Livorno*). *Ospedale Pubblica Assist.* — A ore 18 del 20 nov.; chirurgo primario; età 25-45 a.; L. 11.500 e c.-v., 50 % tasse operatorie, riduzione 12 %; prova biennale; richiedesi direz. chirurgica di un ospedale o quinquennio di assistentato effettivo in una clinica; tassa L. 50,10 al Cassiere; doc. a 3 mesi dal 20 ag.

CIVITELLA-PAGANICO (*Grosseto*). — Scad. 30 sett.; L. 8536 già ridotte, oltre L. 616 per gli ammogliati; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CUNEO. *Ospedale Civile di Santa Croce.* — Scad. 30 sett.; chirurgo assistente; L. 500; 60 % tasse pagate abbienti; età lim. 35 a.

ENTRAQUE (*Cuneo*). — Scad. 30 sett.; L. 10.000 oltre L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.

FANNA (*Udine*). — Consorzio medico Fanna-Arba. Stipendio L. 9000, altre indennità, detrazione del 12 %. Scadenza 30 novembre 1932. Chiedere avviso alla Segreteria Comunale di Fanna.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Per esami teorico-pratici. Posto di aiuto chirurgo; lire 5200 lorde; caro-viveri di legge; compartecipazione onorari degenti in cam. separate, in ragione del 10 %. Età massima 35 anni al 15 ott.; iscrizione albo; documenti temporanei non anteriori a 3 mesi al 1° ag. Nomina per un triennio; residenza e pernottazione in Ospedale; divieto esercizio profess. fuori dell'Ospedale. Vaglia L. 50 al cassiere Opera Pia. Domanda diretta al presidente del Cons. di Amm., da presentarsi alla Segreteria dello Spedale, via Borgognissanti 16. Scad. 15 ott.

FOSSANO (*Cuneo*). — Scad. 15 sett.; L. 7000 oltre L. 1500 trasp.; età lim. 45 a.

GENOVA. *Istituto di studi scientifici-pratici sulla tubercolosi.* — Concorso a sei posti di assistente volontario. Gli assistenti volontari prestano servizio di istruzione: *a*) nel reparto diagnostico di accertamento diretto dai consiglieri delegati; senatore prof. E. Maragliano e N. Pende; *b*) nel reparto dispensariale pure alle dipendenze di detti delegati; *c*) nella scuola di perfezionamento nella tubercolosi diretta dal prof. E. Maragliano, tenuta nell'Ospedale di S. Martino; *d*) nell'Istituto Maragliano per tutte le ricerche di laboratorio. I laureati in medicina sono tutti ammessi al concorso. Gli aspiranti devono inoltrare domanda in carta semplice alla Direzione dell'Istituto in via Balilla 1. Le domande devono essere corredate dalle seguenti notizie: *a*) età dell'aspirante; *b*) data della conseguita laurea, in quale Università e con quale punteggiatura; *c*) notizie di servizi prestati in scuole universitarie, in laboratori speciali, in ospedale; *d*) lavori eventualmente pubblicati. Le domande devono essere presentate entro il 15 ottobre alla Direzione, via Balilla, 1.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Concorso per titoli a 1 posto di chirurgo primario. Stipendio L. 6000, lorde (R. M. e 12 %). Nomina per 5 anni, conferma ogni triennio fino all'età di 60 anni. Laurea da almeno 6 anni. Documenti temporanei non anteriori a due mesi dal 12 agosto. Curriculum vitae. Pubblicazioni (soltanto a stampa) in numero di 5 esemplari ciascuna. Titoli descritti in ordine cronologico in elenco da prodursi in 5 esemplari. Tassa di L. 50 al tesoriere degli spedali. (Ospedale S. Martino). Scad. ore 15 del 30 sett.

GREZZANA (*Verona*). — Scad. 30 sett.; 2° reparto; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500-3000 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.

INCISA VALDARNO (*Firenze*) — Scad. 15 dic.; lire 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 3000 (variabili) trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10.

MASSAFRA (*Taranto*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MERANO. *Cassa Circondariale di Malattia.* — Concorso pubblico, per titoli, al posto di medico odontoiatra. Stipendio annuo L. 24.000 lorde. Titoli di studio: diploma originale di laurea in medicina e chirurgia, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata, diploma originale di specialista in odontoiatria e protesi dentaria, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata. Età: anni 45 al giorno della chiusura del concorso salvo le disposizioni a favore degli ex-combattenti, mutilati ed invalidi di guerra. Altri documenti di rito. Le domande dovranno pervenire alla Direzione della Cassa in via XXVIII Ottobre n. 3, entro le ore 18 del 29 novembre 1932 e corredate inoltre da un vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso. Per maggiori schiarimenti e notizie rivolgersi alla predetta Direzione.

MESSINA. *Consorzio prov. antitubercolare.* — Concorso per aiuto med. al Dispensario prov. di Messina e per Direttore sez. dispensariale di San-

t'Agata di Militello. L. 5000 lorde, indennità per incarichi fuori sede e sostituzioni. Età massima 45 anni, salvo eccezioni; laurea da 2 anni; sana costituzione. Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi al 15 agosto. Titoli ed esami. Prova scritta sull'etiologia, patologia e terapia dell'infez. tub., igiene e profilassi sociale. Prove pratiche sull'accertamento diagnostico ed anatomo-patologico, con speciale riguardo alla diagnosi precoce dell'infez. tub. ed all'interpetrazione di radiografie. Prova orale sulle precedenti materie e sull'organizzazione della lotta antitub., funzione dispensariale e legislazione. Domanda al Presidente del Consorziò, da far pervenire alla Segreteria (Palazzo della provincia). Scad. 25 sett.

Per ognuno dei due predetti Istituti, vi è anche un concorso per Assistente sanitaria visitatrice, con L. 8400 lorde, oltre ad ind. alloggio di lire 100 mensili. Età massima 40 anni. Titoli ed esami.

NURAMINIS (*Cagliari*). — Scad. 20 sett.; con frazione Villagreca; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 6000 assegno governativo medico carceri; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

PESCIA (*Pistoia*). — Scad. 5 nov.; L. 10.000 oltre L. 3000 cav., L. 1500 disagiata resid.; età lim. 35 a.

PONTEBBA (*Udine*). — Proroga a tutto 30 sett.. 2° reparto consorziale; rivolgersi segreteria.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli.* — Scad. 15 sett.; aiuto Divisione medica; L. 5000 oltre L. 300 indenn. sanatorio, c.-v., percentuali.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 3 mesi dall'8 agosto; direttore sanitario del consorzio e del dispensario; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi; L. 20.000 e 2 quinquenni dec., oltre L. 4000 serv. att.; indenn. trasferte e diarie; tassa L. 50,10.

PUTIGNANO (*Bari*). — Scad. 30 sett.; uff. san.: L. 14.000 e 5 quadrienni dec.; rivolgersi R. Prefettura.

QUARGNENTO (*Alessandria*). — Scad. ore 18 del 20 nov.; L. 7000 oltre L. 700 uff. san. e L. 500 trasp.; età lim. 35 a. Le condotte sono due.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Scad. 30 sett. Rivolgersi Segreteria comunale.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Laboratorio di Batteriologia e micrografia della Sanità pubblica. 3 posti di assistente medico. L. 14.400, serv. att. L. 3000, eventualmente aggiunta di famiglia, il tutto ridotto del 12 %. Nomina per 6 mesi di prova, con L. 800 mensili, oltre alle quote di famiglia. Età massima 30 anni al 17 giugno, salvo eccezioni (35 per ex militari, 39 per invalidi, senza limiti per medici prov. di II classe). Sana cost. (eccezioni per invalidi). Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi al 21 luglio. *Esami*: 1) scritti (epidemiologia e profilassi mal. infett., traduzione dall'italiano in tedesco); 2) pratici (microscopia, batteriologia, parassitologia, istologia); 3) orali (materie delle prove scritte, leggi attinenti, lettura e conversazione in tedesco). Facoltativi gli esami anche su altre lingue. Domanda in bollo da L. 5. Scad. entro 90 giorni dal 21 luglio. Nella *Gazz. Ufficiale* del 31 luglio 1932, n. 167, trovasi il bando di concorso particolareggiato con il programma degli esami.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Sono banditi due distinti concorsi, il primo per esami e titoli congiuntamente per la nomina di aiuto ostetrico, il secondo per esami per la nomina di assistente ostetrico da assumersi in servizio secondo il bisogno. I sanitari che intendono prendere parte al concorso devono presentare alla Segreteria generale del Pio Istituto, non più tardi delle ore 16 del giorno 30 settembre 1932-X, la domanda di ammissione al concorso, stesa su carta da bollo e corredata dai documenti, debitamente legalizzati, come da avviso ostensibile nel palazzo di Santo Spirito, in Borgo S. Spirito n. 3, Roma.

RONCEGNO (*Trento*). — Scad. 15 sett.; comprese frazioni (eccettuata Marter); L. 9500 oltre L. 2200 indenn quartiere, o quartiere in natura, L. 3000 indenn. via, L. 905 uff. san.; riduz. 12 %; quadrienni decimo.

S. CRISTINA GELA (*Palermo*). — Scad. 30 nov.; L. 10.000 oltre L. 600 arm. farm., L. 1000 se uff. san.; 5 quinquenni; riduz. 12 %.

SANCOSTANZO (*Pesaro*). — Scad. 15 sett.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc.

S. PROSPERO (*Modena*). — Scad. 31 ott., 1ª condotta; L. 8500 e 10 bienni ventes., oltre L. 900 assegno complementare, L. 600-2500 trasp., L. 750 se uff. san.; età lim. 35 a.

SEDRINA e UBIALE-CLANEZZO (*Bergamo*). — Consorzio con residenza in Sedrina. Condotta residenziale per circa 350 poveri; popolazione totale 3182. L. 8000; L. 2 per ogni inscritto con diritto assistenza sanitaria e medicinali; L. 5 per ogni iscritto con diritto alla sola assistenza; trasporto L. 500; U. S. L. 608; ambulatorio L. 600; c.-v., per i coniugati L. 840. Tutto al lordo. Età massima 40 a., salvo per chi presti serv. in condotte. Stato famiglia, iscrizione albo, cert. sana costituzione; vaglia L. 50,10 al tesoriere comunale e documenti temporanei in data non anteriore ai 3 mesi al 1° ag. Elenco documenti in doppia copia; assunzione serv. entro 30 giorni. Domanda alla Segreteria Comun. di Sedrina. Scad. ore 18 del 31 ottobre.

SPILIMBERGO (*Udine*). — Scad. 8 nov.; 2° reparto; L. 8000 e 6 quadrienni dec. oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp.; assistenza reparto chirurgico e direz. Gabinetto radiologico Ospedale Civile; tassa L. 50,10.

SPOLETO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario direttore ospedale civile « S. Matteo ». L. 10.000 con 4 quinquenni del decimo, ind. serv. att. L 2000, c.-v. di legge; 50 % sugli atti operativi, 30 % sui proventi di cure in Ambulatorio, 20 % sui proventi netti dei Gabinetti scientifici. Età massima 42 anni, salvo eccezioni di legge, certificato sana costituzione fisica, fotografia personale autenticata; documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi dall'8 agosto. Laurea da almeno 10 anni, con servizio di non meno di 5 anni in Cliniche od Ospedali. Il chirurgo dovrà essere munito dei ferri che gli consentono il pieno esercizio professionale. Tassa di L. 50,10 al Tesoriere comunale. Scad. 90 giorni dall'8 agosto.

TRIGOLO (*Cremona*). — Scad. 20 ott.; con Fiesco: L. 11.500 oltre c.-v., addizionali L. 2 fino a 2000 pov. e L. 3 da 2001 a 3000; L. 1500 uff. san.; trasp. L. 3520 (nette 12 %), aumenti; età lim. 40 a.; biennio di condotta o pratica ospedaliera; tassa L. 50,10.

Udine. *Consorzio prov. antitubercolare.* — Concorso per i posti di aiuto medico e di assistente medico. Per titoli, di carriera, clinici e scientifici generici (i due primi hanno la preferenza). Lire 15.000 per l'aiuto e L. 9000 per l'ass.; sei quinquenni del decimo. Età massima 45 anni salvo eccezioni; laurea da almeno due anni; sana costituzione; vaglia di L. 50,10. Documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi dal 15 agosto. Nomina per un quinquennio, tacita conferma, salvo disdetta 3 mesi prima della scadenza. Assunzione serv. entro 30 giorni. Scad. ore 18 del 15 nov. Domanda diretta al Presidente del Consorzio.

Vallerano (*Viterbo*). — Unica condotta residenziale. Stipendio L. 9240 con 5 aumenti quadriennali consecutivi, caro-viveri e servizio locale Ospedale retribuito con L. 2200 gravato ritenute di legge. Scadenza ore 12 del 30 settembre 1932.

Vittorio Veneto (*Treviso*). — Scad. 5 nov.; 3° reparto; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; trasp. L. 3500 variabile; riduzioni 12 %; addizion. L. 5 oltre il 20 % della popolaz; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

***Avvertenza.* — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medichechirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati soci corrispondenti della Reale Accademia Nazionale dei Lincei i proff. Mario Camis, di fisiologia a Parma; Tullio Terni, di istologia ed embriologia generale a Padova.

Il prof. Giovanni Perez, ordinario di patologia speciale chirurgica a Roma, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Il prof. Vincenzo Lo Bianco è nominato ufficiale nello stesso ordine.

In seguito a proposta del prof. Alessandri, dirigente i servizi sanitari del Sovrano Ordine Militare di Malta, è stato nominato direttore della Poliambulanza dell'Ordine stesso il comm. prof. Arnaldo Biasiotti, il quale è benemerito nell'assistenza dei mutilati ed invalidi, vedove ed orfani di guerra, che affollano la grandiosa e ben organizzata istituzione. Congratulazioni.

La commissione giudicatrice negli esami di concorso bandito dal R. Albergo dei Poveri per tre posti di chirurgo coadiutore straordinari per le guardie all'ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli, composta del duca di Santaseverina presidente, di S. E. il senatore prof. Pascale e del prof. De Gaetano, ha dichiarato vincitori del concorso stesso i signori dott. Michele Proto, dott. Ferdinando Vetere e dott. Giuseppe Giordano.

Le Commissioni nominate dal Consiglio nazionale delle Ricerche per l'esame dei titoli presentati dai concorrenti ai Premi Lepetit hanno chiuso i loro lavori.

La Commissione presieduta dal prof. Foci e composta dei professori D'Amato e Sotti, assistita dal dott. Tommasi Crudeli, ha esaminato i saggi sperimentali presentati dai giovani laureati nel quinquennio 1926-1930.

Fra i 19 concorrenti che presentarono ben 83 lavori i cinque premi di L. 1500 ciascuno furono assegnati ai signori:

Dott. Franz Cortese, dott. Michele La Porta, dott. Emilio Martini, dott. Pietro Mascherpa, dott. Ranunzio Scotti Douglas.

La Commissione nominata per l'esame delle tesi di laurea dell'anno 1930-31 e composta del prof. Enrico Burci, presidente, e dei professori Alberto Pepere e Sabato Visco, vagliati i lavori presentati dai 20 concorrenti ha ritenuto dovere assegnare soltanto 10 dei 15 premi di lire 1500 ciascuno, ed un premio di L. 1000.

Furono giudicati meritevoli di un premio di lire 1500 i signori:

Orrù Sergio di Cagliari, Ferrannini Alfredo di Catania, Schiavo Lena Michele di Catania, Colombi Camillo di Milano, Fugazza Edvige di Milano, Gentile Gerardo di Napoli, Trio Eusebio di Napoli, Spoto Pompeo di Palermo, Baserga Angelo di Pavia, Barberis Leandro di Torino.

Fu assegnato il premio di L. 1000 al signor Martino Luigi di Bari.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il 1. Congresso delle forze sanitarie civili della Somalia.

(Mogadiscio, 17-18-19 luglio 1932).

In occasione della presenza nella Capitale della Somalia per il cambio della guardia di un certo numero di sanitari dirigenti le Unità sanitarie interne, la direzione di Sanità Civile diretta dal prof. Carlo Tedeschi, chirurgo dell'Ospedale De Martino di Mogadiscio, ha voluto indire una serie di riunioni fra i sanitari stessi per una presa di contatto e conoscenza fra i medici civili della Colonia molti dei quali per la distanza che separa il loro posto di lavoro non si conoscevano ancora fra loro.

Le riunioni che ebbero luogo nei giorni 17, 18 e 19 luglio diedero luogo ad una intesa e ad uno scambio di vedute sulla battaglia sanitaria per la Somalia e nella seconda giornata si mutarono in veri lavori di un « I Congresso dei medici civili della Somalia » con uno sviluppo notevole a cui parteciparono con comunicazioni scientifiche importanti i dottori: Polidori, Guidetti, De Sena, De Marianis, Lobranc, di Mogadiscio, Torterano, Cimmino, Scalas, Crisci, Sortino dei servizi esterni. Venne tenuta anche una seduta di dimostrazioni operatorie, e si stabilì un piano unico di azione nella lotta contro le malattie veneree, la tubercolosi, la mortalità pre- e post-natale.

Il Congresso venne aperto dal presidente prof. Tedeschi in nome di S. E. il Governatore gr. uff. Maurizio Rava, con la lettura del messaggio del Duce ai medici italiani. Alla conclusione dei lavori sanitari della Somalia hanno affidato al prof. Tedeschi l'incarico di presentare a S. E. i sensi della loro più viva ammirazione per quanto interesse egli ha posto nel volere che siano risolti i principali problemi sanitari della Colonia e la gratitudine la più riconoscente per l'interessamento personale alla loro sistemazione iniziale e per il loro benessere. Il prof. Tedeschi, ricevuto in udienza particolare ha assicurato S. E. che per le camicie nere rosso-crociate della Colonia ogni sforzo, ogni sacrificio, ogni volontà di durare, sarà lieve e gradita nel nome del loro amato Governatore e Segretario Federale.

Si è proposto, affinchè almeno una volta all'anno, tali utili riunioni possano aver luogo, che le forze sanitarie civili della Colonia in unione con la Sanità Militare e Veterinaria si costituiscano in una « Società di Scienze mediche della Somalia ». S. E. ha accettato l'alto patronato della costituenda Società scientifica ed ha espresso il suo compiacimento per l'esito del Congresso e per l'opera dei sanitari della Colonia.

NOTIZIE DIVERSE.

14° Congresso internazionale di fisiologia.

Si è adunato a Roma dal 29 agosto al 3 settembre ed ha assunto uno sviluppo imponente per il numero e la qualità dei congressisti e per la mole dei lavori.

La seduta inaugurale, svoltasi in Campidoglio, venne onorata dalla presenza e dalla parola del Duce del fascismo e dell'Italia.

Furono tenuti parecchi e suntuosi ricevimenti.

Ci limitiamo a questo fugace cenno, in quanto che ci riserviamo di pubblicare, prossimamente, un resoconto dell'importante congresso, con riguardo a quanto può interessare la medicina applicata.

1° Congresso internazionale d'igiene mediterranea.

Come ne demmo l'annunzio, avrà luogo a Marsiglia dal 20 al 25 settembre, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica francese e sotto la presidenza effettiva del prof. E. Marchoux. Temi di relazione: « La spirochetosi spagnola » (S. de Buen); « La febbre ondulante » (Burnet); « La dengua » (Blanc); « I processi moderni di derattizzazione delle navi » (Lutrario); « La febbre mediterranea esantematica » (Olmer). Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese, l'italiano e lo spagnolo; a richiesta, le discussioni saranno tradotte estemporaneamente. Quote: franchi 100 per i membri effettivi, 50 per le mogli e le figlie; sono da corrispondere al cassiere, dott. Georges Baillière, rue Hautefeuille 19, Paris 6e. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. H. Violle, allées Gambetta 40, Marseille.

8° Congresso italiano d'igiene.

L'« Associazione Nazionale Italiana Fascista per l'Igiene », presieduta dal prof. D. De Blasi, ha convocato l'8° congresso in Roma dal 19 al 23 ottobre. Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Giuseppe Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità del Governatorato di Roma.

Temi di relazione sono: « La depurazione dei rifiuti liquidi e sue applicazioni » (F. Neri); « Le bonifiche nella lotta contro la malaria » (G. Pecori, G. Escalar e R. Vella); « Attività e funzioni degli ufficiali sanitari e del personale dei Laboratori nella organizzazione sanitaria nazionale » (G. Orsi).

Verranno commemorati i proff. Sclavo (D. Ottolenghi), Pagliani (P. Canalis) e Gardenghi (O. Casagrandi). Verrà annunziata la fondazione dei premi Sclavo. Si compiranno varie visite (Scuole all'aperto di Monte Mario, Colonia profilattica diurna di Villa Glori, Istituto Mussolini e Sanatorio di Porta Furba, bonifiche pontine dell'Opera Nazionale Combattenti).

Quota d'iscrizione L. 20, da corrispondere al segretario-tesoriere del Comitato ordinatore, dott. Ignazio Serafini, ufficio d'igiene e sanità del Governatorato, via Merulana 122, Roma (27). I contributi alla sottoscrizione per la fondazione « Premii Sclavo » sono da inviare al segretario dell'Associazione, dott. Alberto Botti, R. Istituto d'Igiene, via Luciano Armanni 3, Napoli (53).

4° Congresso italiano di anatomia.

La Società Italiana di Anatomia terrà il suo 4° congresso a Pavia dal 14 al 17 settembre. Verrà celebrato il centenario della morte di Antonio Scarpa e verrà commemorato Alfonso Corti. Temi di relazione: « Antonio Scarpa nella storia dell'anatomia generale » (G. Favaro); « Sesso e cellule sessuali nei loro intermedi » (C. Artom); « I più importanti risultati sulla morfologia e sulla paleobiologia dei primati ».

1° Congresso italiano di chirurgia della bocca.

La prima riunione della società italiana di chirurgia della bocca e ortopedia dento-facciale ebbe luogo il 19 giugno a Parma, nell'Aula Magna della R. Università, affollatissima di soci. La seduta antimeridiana s'iniziò con un discorso del rettore prof. Preti. Seguirono le tre relazioni sui seguenti temi: « Il pratico dinanzi alla produzione scientifica odierna » (Beretta); « Le fratture della mandibola » (Cavina); « Le tappe della ortopedia dento-facciale » (Campiglio e Maggioni). La seduta pomeridiana fu destinata agli affari interni dell'associazione; venne deliberato di tenere possibilmente la seconda riunione a Tripoli.

L'Istituto oncologico di Milano.

Si è pubblicata la relazione sul 4° anno di esercizio dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per il cancro, diretto dal prof. Gaetano Fichera. Nel corso dell'anno furono ricoverati più di 1000 infermi, con un complesso di 46.969 giornate di degenza; negli ambulatori si presentarono 944 infermi (di cui 607 donne); gli atti di alta chirurgia sommarono a 281; gl'interventi a scopo bioptico a 634; la sezione radiologica esaminò 527 pazienti a scopo diagnostico, praticò 337 applicazioni di radium e 303 applicazioni di raggi X (in 140 soggetti queste cure vennero associate); la quota di mortalità fu di 13,8 %, cioè assai inferiore a quella accertata nei principali ospedali italiani per la stessa infermità, che è di 30-32 % circa. L'attività scientifica si è tradotta in numerose pubblicazioni, comparse nel periodico dell'Istituto, « Tumori », nonchè in altri periodici dell'Italia e dell'Estero; è stata in gran parte orientata allo studio della dottrina sullo « squilibrio oncogeno » e alla terapia che n'è derivata, mediante sostanze inibitrici, applicate in concorrenza con i mezzi fisici.

Il nuovo Istituto sanatoriale di Firenze.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Firenze ha fatto sorgere un Istituto pre e post sanatoriale a Pratolino, in una vasta tenuta (Poggiolo) che si estende per 46 ettari nei comuni di Sesto Fiorentino e di Vaglio, all'altitudine media di 500 m. sul mare; dista circa 8 km. da Firenze. L'Istituto, già ultimato e che s'inaugurerà il 28 ottobre, si compone di tre padiglioni, di cui due per i ricoverati, maschi e femmine, ed uno centrale, per i servizi generali; i padiglioni sono congiunti da passaggi coperti. L'Istituto è capace di 104 letti; ma il progettista, ing. Burci, ha tenuto presente la possibilità di ampliamenti. È costato circa 7 milioni di lire. Si propone l'assistenza e la guarigione dei tubercolotici dimessi dai sanatori come clinicamente guariti e quella di soggetti che presentano sintomi iniziali di lesioni a carattere tubercolare, ma senza fatti morbosi attivi. In sostanza, l'Istituto si propone di riabilitare al lavoro i malati e di restituirli alle famiglie e alla società in condizioni di riprendere la loro attività, senza pericoli per sè e per i conviventi.

Museo storico dell'arte sanitaria in Roma.

Si è tenuta, sotto la presidenza del prof. G. Bilancioni, l'assemblea generale dell'Istituto Storico Italiano dell'arte sanitaria. Erano presenti alte autorità, tra cui S. E. Basile, S. E. Spano, l'on. Morelli, il gen. Saccone, ecc. Dopo un discorso del presidente, il prof. Capparoni illustrò l'organizzazione del Museo in via di ordinamento e che verrà inaugurato il 28 ottobre. Gl'intervenuti espressero il loro vivo compiacimento e passarono poi a visitare i locali del Museo.

Scuola-convitto per infermiere a Venezia.

È aperta l'iscrizione alla Scuola-convitto « Nani » presso gli Ospedali Civili Riuniti di Venezia.

Le iscrizioni si chiudono il 30 ottobre. Per il programma e per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria degli Ospedali predetti.

Denunzia degli infanti deformi.

È stata promulgata una legge in data 16 maggio 1932, n. 575, pubblicata nella « Gazz. Uff. » 11 giugno, n. 134, la quale consta del seguente:

Articolo unico: È fatto obbligo agli esercenti la professione di medico-chirurgo e alle levatrici, che abbiano prestato assistenza durante il parto, di denunciare al Podestà ed all'Ufficiale sanitario la nascita di ogni infante deforme.

I medici-chirurghi, inoltre, hanno l'obbligo di denunciare alle autorità indicate nel comma precedente i casi di lesione, da essi osservati, da cui sia derivata o possa derivare una inabilità al lavoro, anche parziale, di carattere permanente.

I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 500.

Per gli esami di stato di abilitazione all'esercizio professionale.

Una circolare in data 14 luglio 1932, n. 68, pubblicata nel « Bollettino Ufficiale » (Parte I) del 27 luglio 1932, n. 30 del Ministero della Educazione Nazionale avverte che con provvedimento in corso viene disposto tra l'altro che, in applicazione dell'art. 44 del R. decreto-legge 28 agosto 1931, numero 1227, agli esami di Stato per l'esercizio della professione di medico-chirurgo possono essere ammessi soltanto coloro i quali nel corso degli studi per il conseguimento del prescritto titolo accademico abbiano superato gli esami di profitto nelle discipline elencate come segue: Anatomia - Fisiologia - Patologia generale - Anatomia patologica - Igiene - Farmacologia - Patologia speciale chirurgica - Clinica medica - Clinica chirurgica - Clinica ostetrica.

Per il prof. Putti.

La Facoltà medica di Bologna ha votato per il prof. Vittorio Putti, titolare di Clinica ortopedica, di ritorno da un giro di conferenze in America, un ordine del giorno nel quale gli si porge l'espressione del vivo compiacimento dei colleghi.

Mensa-bar al Policlinico di Roma.

È stata istituita per iniziativa del G. U. F. nei giardini dell'Ospedale Policlinico Umberto I, affinchè medici, ostetriche, studenti in medicina, possano avere vivande ben preparate ed a prezzi mitissimi. La mensa è ubicata in un padiglione di stile novecento, presso la Clinica ostetrica; può servire quotidianamente quasi 500 persone, in tre turni; la refezione va consumata in piedi e importa la spesa di L. 3,50. Alla mensa sono annessi un bar e uno spaccio di tabacchi.

Incendio in una casa di salute.

Si è sviluppato un incendio nella cappella della clinica Morgagni in Roma.

Trovando facile esca nei legni delle panche e delle sedie, le fiamme si sono rapidamente propagate, assumendo vaste proporzioni. Quando sono giunti i pompieri il fuoco aveva quasi distrutto la cappella, sicchè la loro opera dovette essere limitata a circoscrivere le fiamme, affinchè i danni già rilevanti non aumentassero.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Giuseppe Matera, reputato chirurgo dell'Ospedale dei Pellegrini in Napoli, afflitto da una forma grave d'insonnia, ingerì una dose troppo elevata di una pozione contenente veronal e ne è rimasto ucciso.

Condanna di un abusivo a Trieste.

A Trieste si è discussa una causa contro l'orologiaio Amato Zoppich di Servola, il quale, com'è noto, spacciava uno specifico contro la tubercolosi. Dopo ripetuti rinvii, giustificati dal fatto che l'accusato era lui stesso affetto da tubercolosi ossea, il Pretore lo ha condannato solidariamente con la moglie che prendeva parte al commercio (multa di L. 1500 e ammenda di L. 3000 ciascuno, indennizzo di L. 1 al Sindacato medico di Trieste, costituitosi parte civile), accordando il benefizio della condizionale. L'esame chimico rivelò che il medicinale era costituito di acqua, etere etilico, olii essenziali (di menta, melissa ecc.), formaldeide, canfora, sali di calcio e di sodio; veniva anche usato un infuso di lichene islandico.

Querela di un farmacista.

Un noto farmacista di Tours, Paul Métadier, aveva querelato il « Journal de Royan » per un articolo che egli giudicava diffamatorio e lesivo al commercio di specialità prodotte nei suoi Laboratori. Chiedeva un indennizzo di 100.000 franchi e l'inserzione della futura sentenza in vari periodici.

Il Tribunale ha rilevato che l'articolo aveva un'indole polemica e che alla polemica aveva già partecipato lo stesso querelante; malgrado la violenza di certe espressioni, ha giudicato che non v'erano gli estremi di un'azione giudiziaria ed ha condannato il querelante alle spese.

È morto a Leningrado il prof. IVAN PETROV PAVLOV, scienziato di alto valore.

A lui dobbiamo numerose e importanti scoperte, tra cui il succo gastrico « psichico », l'enterochinasi, il riflesso pilorico, i riflessi condizionali, che hanno avuto larghissime ripercussioni, ecc.

Egli aveva mantenuto la sua assoluta indipendenza d'idee politiche, ma fu considerato dai bolscevichi come il simbolo intangibile della scienza.

P.

È deceduto l'on. prof. GUIDO TIZZONI, emerito dell'Università di Bologna. Dell'illustre scienziato diremo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., apr. — A. E. KULKOW. Parkinsonismo traumatico. — T. DOZNIKOV. Il riflesso plantare.

Mediz. Klinik, 16 apr. — H. LEHNARTZ. La clinica del morbo di Bang. — M. GOLDSTEIN. Terapia eterea delle bronchiti acute.

Rif. Med., 9 apr. — M. LUCACER. Sindrome di Simmonds con esito in guarig.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero d'idrologia.

Clin. Med. It., mar. — O. DE-RIN e M. T. D'AULERIO. Proprietà enzimatica della saliva. — E. ANTONIAZZI. Sistema ret.-end. del polmone.

Paris Méd., 16 apr. — Numero di idrologia, climatol., fisioter.

Noticias Méd., feb. — R. ALBERGA LORENTE. Istopatologia della encefalite sperimentale.

Journ. A. M. A., 2 apr. — S. K. LIVINGSTON e al. Trattam. dell'osteomielite cron. con larve di muscidi e loro estratti. — J. A. ATKINSON e al. La mucina nel trattam. dell'ulcera peptica.

Id., 9 apr. — J. J. MILLER e al. Trattam. della trichiniasi sperim. — E. APPELBAUM. Meningite streptococcica.

Revue Neurol., mar. — F. NAVILLE e G. DE MORSIER. Sindromi neurologiche consecutive a elettroesecuzioni industriali. — L. MAGALHAES. Paralisi gen. all'inizio.

Ann. de Méd., apr. — V. CORDIER e J. ENSELME. Tentativi di classificaz. biochimica delle ipertensioni. — F. HUMBERT. Sindrome pseudo-pleurica.

Riv. di Clin. Ped., mar. — A. TANCA. Lipasi ematica. — P. GORINI. Bilirubinemia. — A. CABITTO. Magnesiemia.

Arch. di Pat. e Cl. Med., feb. — G. VIOLA. Introduzione allo studio della medicina inttrna. — S. CACCURI. Lipemia nell'arteriosclerosi. — A. MALAGUTI. Cisticerco racemoso cerebr.

Presse Méd., 20 apr. — G. RAMON e R. DEBRÉ. Vaccinaz. antidifterica con l'anatossina.

Soc. des Chir., 19 feb. — THÉVENARD. Strozzam. del ceco ascendente nell'hiatus di Winslow. — R. MASSART. Trattam. chirurgico delle paralisi definitive. — 4 mar. G. LUYS. Trattam. dei calcoli endogeni della prostata. — 18 mar. VICTOR-PAUCHET e LE GAE. Prostatectomia ipogastrica. — LE FUR e LEMIAND. Tbc. renale senza cistite.

Revue Sud-Amér. de Méd. et de Chir., mar. — R. F. VACCAREZZA e al. L'azotemia nel tetano. — D. VIVOLI. Il rosso Congo per la diagn. di malattia amiloide. — C. MOTTA REZENDE e A. AUSTREGESILOJUN. Meningite influenzale e sifilide.

Semana Méd., 31 mar. — O. F. MAZZINI. Torsione della tromba di Falloppio. — R. TRUCCO. Osteocondromatosi sinoviale.

Prensa Méd. Arg., 10 mar. — M. SCHTEINGART e A. P. RAMOS j. Sterilizzaz. temporanea col metodo biologico.

Accad. Med., 15 apr. — P. ROLANDI RICCI. Sintomatologia sessuale nella acromegalia. — V. LEIGHEB. Terapia coagulante diatermica in alcune dermatosi.

Riv. It. di Ginec., apr. — E. FORLINI e G. GARBI. Noduli linfatici nell'utero. — N. CURIEL. Il « cuore periferico » nelle forme morbose dei genitali femminili.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX   Roma, 19 Settembre 1932 - X   Num. 38

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

CLIN. DELLE MALATTIE SUBTROPICALI e TROPICALI
Direttore: Sen. Prof. ALDO CASTELLANI.

* * *

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
Direttore: Sen. Prof. ERNESTO PESTALOZZA.

La lattosuria e il metodo micologico di Castellani-Taylor per svelarla.

Dott. GABRIELE AMALFITANO, assist. alla Clinica delle Malattie Subtropicali e Tropicali.

Dott. SILVESTRO ROBERTO, assistente v. alla R. Clinica Ostetrico-Ginecologica.

Molte sono le idraturie extradiabetiche descritte e fra esse la più frequente a riscontrarsi è certamente la lattosuria, la quale, per essere legata il più delle volte alla funzione mammaria, si riscontra quasi sempre nelle donne che allattano. Non solo in queste, però, chè frequente è pure una lattosuria leggera verso la fine della gravidanza, senza tener conto di alcuni casi descritti di lattosuria precoce.

Non è stato scopo delle nostre indagini quello di portare altro contributo all'argomento della lattosuria, già da lungo tempo conosciuto, fin da quando Hoffmeister (1877) riuscì ad identificare nel lattosio la sostanza riducente che si riscontrava nelle urine delle gravide e delle puerpere, e che, sebbene messa in evidenza da altri, era stata fino allora misconosciuta e confusa con diverse altre sostanze. La lattosuria, si sa, è quasi sempre un fenomeno fisiologico, legato alla gravidanza e privo di ogni importanza clinica e patologica.

Diverse sono state, dunque, le nostre direttive. Noi abbiamo voluto sperimentare un metodo rapido, di sorprendente facilità ed elegante, come che legato ad un fatto biologico, il quale ci permette di affermare senza altro che la sostanza riducente esistente nelle urine è lattosio, differenziandolo, quindi, dal glucosio e nel contempo da molti altri zuccheri. Questo metodo, che con poche ac-

cortezze di tecnica ci dà la possibilità di ottenere risultati sicuri e precisi, è il metodo micologico che va col nome di Castellani o Castellani e Taylor. Esso fu ideato dal Castellani al Ceylon e poi da lui stesso elaborato a Londra coll'assistenza del dott. F. E. Taylor e venne pubblicato in extensis per la prima volta nel 1917. Anche recentemente è stato usato da molti autori per ricercare la lattosuria dando costantemente esiti soddisfacenti.

Il lattosio, disaccaride risultante di d-glucosio combinato con d-galattosio, per avere il gruppo aldeidico libero, conserva la proprietà riducente e quella di formare, con la fenilidrazina, osazoni.

La prima proprietà, comune al glucosio ed a molti altri zuccheri, oltre a non poter essere sfruttata per il riconoscimento pratico del lattosio nelle urine, costituisce una minorazione anche per la ricerca del glucosio. Infatti, quando siamo in presenza dell'urina di una gravida o di una puerpera e la prova del Fehling, del Nylander, del Benedict (riduzione in ambiente alcalino) e quella del Barfoed (riduzione in ambiente acido) ci avranno dato risultato positivo, a quale dei due zuccheri dovremo attribuire l'avvenuta reazione? Anche se la riduzione operata dal lattosio è più lenta rispetto a quella del glucosio, chi potrà solo su questo fatto fondare un criterio differenziale? Eppure, molte volte, importa non poco conoscere la natura dello zucchero presente nelle urine. Si sa che la donna, durante la gravidanza, elimina facilmente piccole quantità di glucosio attraverso il filtro renale (e non sempre piccole quantità) costituendo quella che alcuni chiamano disposizione glicuronica delle gravide.

Ora noi, senza addentrarci nell'annosa e dibattuta questione della patogenesi (epatica o renale?) e del significato di questa glicosuria, abbiamo voluto citare questo fatto per dimostrare come non sia utile solo dal punto di vista scientifico avere a disposizione un metodo che ci permetta di dire con sicurezza quale sia lo zucchero che ricerchiamo, perchè senza dubbio sarà anche di pratica importanza sapere se una gravida sia semplicemente una lattosurica oppure una glicosurica, nel qual caso ci potremmo trovare talvolta di fronte ad una glicosuria diabetica e non di fronte ad una banale e semplice glicosuria gravidica.

I metodi migliori consigliati capaci di differenziare il lattosio dal glucosio sono fondati sulla proprietà del lattosio a formare con l'aggiunta di fenilidrazina cristalli caratteristici di lattosazone e a non fermentare direttamente con l'aggiunta di lievito di birra. Anzi questo viene considerato uno dei migliori caratteri per distinguere il lattosio dagli altri zuccheri. Questa prova della fermentazione col lievito di birra, però, non può più essere considerata come decisiva e scevra da errori per il differenziamento del lattosio dal glucosio. Infatti, Castellani, oltre a far notare che il lattosio non è il solo zucchero dotato di potere riducente che non è fermentato dal lievito di birra (i pentosi ad esempio), ha dimostrato che alcuni lieviti di birra del commercio fermentano il lattosio oltre il glucosio, il maltosio ed altri zuccheri.

I vari metodi (Bierry, Porcher, ecc.), poi, fondati sulla dimostrazione del lattosio per mezzo dei cristalli di lattosazone, non possono essere adottati negli esami di pratica comune perchè richiedono una tecnica complicata e tale che per la stessa sua delicatezza può facilmente indurre in errori e perchè, come è noto, nell'urina la formazione di lattosazone avviene in maniera tutt'affatto incompleta e sempre parzialmente.

Il polarimetro questa volta non può esserci di aiuto, nè tanto meno possono esserlo le semplici prove chimiche (Rubner, ecc.), che sono universalmente riconosciute inesatte e prive di ogni specificità.

Degno di venire adottato nella pratica corrente è il metodo micologico di Castellani-Taylor per i buoni risultati che costantemente dà al ricercatore.

Il bacterium coli, per quel che riguarda gli zuccheri Fehling-riducenti che si possono trovare nelle urine, (glucosio, lattosio, maltosio, galattosio, levulosio, pentosio), ha la proprietà di fermentarli tutti, mentre il bacillo paratifoso B differisce dal primo perchè di tutti gli zuccheri suddetti non fermenta il lattosio. Dalla semplice conoscenza delle proprietà biologiche di questi due germi, Castellani e Taylor hanno tratto il loro metodo per l'identificazione del lattosio dalle urine. Una urina, cioè, che contiene una sostanza Fehling-riducente e che è fermentata dal coli e non dal paratifo B, conterrà certamente lattosio. La fig. 1 mostra il risultato ottenuto con una urina contenente glucosio e la fig. 2 mostra quello ottenuto con urina contenente lattosio.

(Per questioni di tecnica fotografica, a fermentazione completa, i liquidi sono stati colorati con qualche cc. di soluzione di rosso Congo).

(Castellani e Taylor si sono serviti, oltre che del B. coli e del B. paratifoso B, anche di altri organismi per l'identificazione del lattosio. Così, ad es., essi hanno adoperato la monilia macedoniensis e la monilia pseudotropicalis, di cui la prima non fermenta il lattosio e la seconda sì).

Per constatare la bontà del metodo micologico e per saggiarne la sensibilità e la praticità, abbiamo ricercato la presenza del lattosio nelle urine di 42 puerpere, ricoverate nella R. Clinica Ostetrica, e prelevate asetticamente nella prima settimana del puerperio.

La tecnica adottata è stata quella raccomandata da Castellani-Taylor. In due provette pulite e sterili contenenti un tubetto da fermentazione del Durham, mettevamo tre cm. cubici dell'urina da esaminare e altrettanti cm. cubici di acqua peptonata salata (H^2O con 1 % di peptone e 0,5 % di NaCl) per creare un terreno adatto allo sviluppo dei germi che dopo dovevamo insemenzarvi. Le provette, chiuse dal tampone di ovatta, venivano poi da noi portate alla fiamma dove si provocava l'ebollizione del liquido in esse contenuto, il quale veniva fatto bollire per la durata di due, tre minuti. In tal modo si otteneva il riempimento completo ed assoluto del tubetto del Durham e la sterilizzazione del liquido, mentre che il lattosio non subisce con tale trattamento la benchè minima alterazione di formula e di struttura. Lasciavamo raffreddare e poi insemenzavamo uno dei tubi con una ansata di agar cultura di B. coli e l'altro con un'ansata di agar cultura di B. paratifoso B. Infine passavamo il tutto in termostato a 37°. Dopo 10-12 ore leggevamo i risultati, che già dopo tale intervallo di tempo erano precisi e completi. Anzi, di questa rapidità di lettura ci siamo molte volte avvantaggiati per le ragioni che diremo in seguito. Se il b. paratifoso B non aveva dato sviluppo di gas ed il b. coli si, ne arguivamo che l'urina conteneva lattosio.

FIG. 1

FIG. 2.

Altre volte invece dei tubetti del Durham ci siamo serviti dei tubi da fermentazione di Einhorn. Anche in questo caso la tecnica era la stessa. Per quel che riguarda la sterilizzazione operavamo in modo semplicissimo e che mai ci ha dato il benchè minimo inconveniente. Precisamente, in due tubi di Einhorn, pulitissimi e preventivamente sterilizzati a secco, versavamo ancora bollente la miscela di urina e di acqua peptonata salata in parti eguali (solo che questa volta occorrevano 10 cc. di liquido per ogni tubo), che noi facevamo bollire in una comune provetta alla fiamma. A raffreddamento avvenuto, insemenzavamo in uno l'ansata di agar cultura di b. coli, nell'altro l'ansata di agar cultura di b. paratifoso B. Sempre dopo 10-12 ore leggevamo i risultati.

Molte volte abbiamo istituite delle prove di

controllo operando con urina normale addizionata con dosi minime di glucosio o lattosio e sempre i risultati sono stati quelli previsti.

Abbiamo detto che la lettura può essere fatta già dopo 10-12 ore e che anzi sia preferibile farsi dopo tanto tempo. In effetti, dopo tale intervallo di tempo era già avvenuto lo sviluppo di gas nelle prove positive e non mai, lasciando ancora per molte ore, fino a 48 e più, le prove in termostato, abbiamo potuto vedere comparire in qualche altro tubo del gas e rendersi in tal modo anche altre prove positive. Invece il ritardo nella lettura dei risultati può dare come negative alcune prove in realtà positive, e precisamente quelle che riguardano le urine con scarsissimo contenuto di lattosio, perchè la bolla di gas che da esse si sviluppa, essendo piccolissima (da noi nelle prove di controllo è stata trovata sempre proporzionale alla quantità di lattosio aggiunto all'urina), già dopo 24 ore viene riassorbita.

Dei 42 casi da noi sperimentati 29 hanno dato risultato positivo, il che sta a dire il 69 % dei casi. In tutti e 42 furono eseguite le prove chimiche di riduzione, usando alternativamente e indifferentemente i metodi Fehling, Nylander e Benedict. Le urine che dettero risultato positivo per queste prove corrisposero tutte a quelle positive nella prova di fermentazione. Solo in qualche caso il risultato era molto dubbio e piuttosto faceva propendere per la negatività. Quel caso corrispondeva, nella prova di fermentazione, a quelle urine che davano luogo allo sviluppo di una bolla piccolissima di gas. Si deve arguire che la sensibilità del metodo micologico non è inferiore a quella delle prove a riduzione, mentre ha il vantaggio della semplicità nella lettura e della sicurezza nel giudizio. Possiamo dire che non occorre che l'urina sia prelevata sterilmente. Infatti, nelle prove di controllo, senza averne disturbi, ci siamo serviti molte volte di urine non sterili, che poi, beninteso, rendevamo tali con l'ebollizione, come è stato detto nella esposizione della tecnica seguita.

Mai a noi è occorso nelle prove di fermentazione col metodo micologico di avere una positività contemporaneamente per il coli e per il paratifo. Se questo si verificasse, come può verificarsi, in pratica si potrà dire che nell'urina v'è presenza di glucosio.

Ma vi sarà solo glucosio o glucosio più lattosio?

Se si sono adoperati i saccarimetri di Einhorn potremo sospettare la presenza del lattosio addizionato al glucosio se nel tubo insemenzato col coli avremo avuto lo sviluppo di una bolla di gas notevolmente maggiore che in quello insemenzato col paratifo B, perchè in tal caso, a rigor di logica, la bolla di gas data dal coli sarebbe la risultante della doppia fermentazione del glucosio e del lattosio. Questo criterio potremo averlo però, solo se si è sicuri di aver adoperato ceppi dei due germi dotati dello stesso potere di fermentazione, chè in caso contrario nessun giudizio potrà essere emesso. La sicurezza per ammettere od escludere la presenza del lattosio in urine che sono state fermentate dal coli e dal paratifo la avremo solo facendo fermentare l'urina prima dal solo paratifo, poi filtrandola attraverso candela Chamberland ed insemenzandola infine col coli. Se si avrà ulteriore sviluppo di gas, questo sarà dovuto al lattosio che era presente nell'urina in addizione al glucosio.

La tecnica da noi adottata e descritta è la più semplice e come tale la più confacente nella pratica comune per un semplice esame qualitativo.

Maggiori accorgimenti sono necessari per servirsi del metodo per fini quantitativi, ma di questo parleremo in una ulteriore pubblicazione.

Concludendo, noi possiamo affermare ancora una volta che il metodo Castellani Taylor è di facile e pratica attuazione e forse l'unico che permetta di identificare con sicurezza il lattosio nelle urine e differenziarlo dagli altri zuccheri.

La percentuale da noi ottenuta di casi di lattosuria è del 69 %. Tale cifra non è stata concordemente trovata da tutti i ricercatori, anche da quelli che del metodo micologico si sono serviti. Noi quindi contribuiamo all'affermazione che la lattosuria è fenomeno frequentissimo a riscontrarsi nei primi giorni di puerperio, sebbene sia fenomeno non legato a nessuna entità nosologica.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno voluto sperimentare il metodo micologico di Castellani-Taylor per svelare la presenza del lattosio nelle urine e a tal uopo si sono serviti delle urine di 42 puerpere in 1 settimana.

Essi hanno ottenuto una percentuale di casi positivi di lattosuria del 69 %, il che è una conferma alla conoscenza che la lattosuria è frequentissima nei primi giorni di puerperio.

Il metodo si è dimostrato sensibilissimo e senza dubbio superiore agli altri esistenti per praticità, esattezza e precisione di risultato.

BIBLIOGRAFIA.

Barral Et. et Barral Ph. *Précis d'Analyse Biologique - Clinique - Urine.* J. B. Baillière et Fils, Paris, 1929.

Castellani Aldo. *Lactosuria in Nursing Women. Its detection by a simplified bacterial method.* Journ. Amer. Med. Assoc., vol. 90, pp. 1773-1774, 1928.

Id. *Brief note on Lactosuria in Nursing Women.* Journ. Trop. Med. and Hyg., sept. 1st, 1928.

Id. *La lattosuria e un metodo semplice per svelarla.* Riforma Medica, 1928.

Id. *Il metodo micologico per svelare la lattosuria e la galattosuria.* Dal Giornale di Clinica Medica. Raccolta di scritti medici in onore del prof. Gabbi, 1930.

Id. *Mycological Methods in the identification of various sugars and other carbon compounds.* The Journ. of State Medic., XXXIX, n. 11.

Castellani and Taylor. *The mycological detection and determination of certain carbohidrates and other carbon compounds in pathological work.* British Med. Journ., dec. 29th, 1917.

Id. Id. *The detection of Saccharosuria, Inosituria, and Lactosuria by a mycological method.* Brit. Med. Journ, feb. 15th, 1919.

Dessylla C. *Lattosuria rilevata col metodo Castellani-Taylor.* Boll. Soc. Ital. Biol. Sper., 1929.

Forlini. *La ricerca del glucosio e del lattosio nelle urine delle gravide e delle puerpere con il metodo micologico di Castellani-Taylor.* Rivista Ital. di Ginecologia, febb. 1931.

Rondoni. *Elementi di Biochimica.* U.T.E.T., Torino, 1928.

Schneider F. O. *O methodo de Castellani e Taylor no diagnostico dos assucares urinarios.* These Inaugural, Facultade Medicina, Porto Allegre, 1927.

Sisto .*Microscopia e Chimica clinica.* U.T.E.T., Torino, 1929.

Willway. *Detection of Lactosuria by the Castellani-Taylor Micological Method.* Journ. of Trop. Medic. and Hygiene, may 15, 1931.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Psichiatrico Provinciale « Leonardo Bianchi » di Napoli

diretto dal Prof. Michele Sciuti.

L'autoliquorterapia in medicina e chirurgia e l'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia

per il Prof. Ettore Mariotti,

libero docente della R. Università.

Mentre sono innumerevoli, anche oggi, i tentativi terapeutici con l'autoemoterapia, i di cui primi esperimenti rimontano all'anno 47 dell'era cristiana, e che agisce normalmente come una proteinoterapia, e in certi casi, per la presenza di anticorpi, con una azione specifica autovaccinante, i tentativi di autoliquorterapia sono pochi e risalgono allo Zielinski, il quale ispirandosi ai buoni effetti terapeutici ottenuti con l'autosieroterapia, negli essudati pleuritici e ascitici, pensò di utilizzare nel tifo esantematico gli anticorpi presenti nel liquido cerebrospinale. Egli trattò circa venti casi, sottraendo liquido spinale e iniettandolo in quattordici casi sotto cute e in sei casi per via endovenosa. L'A. ci dice di aver avuto risultati molto incoraggianti (1). Anche il Wajs afferma di aver avuto risultati confortanti su duecento casi di tifo esantematico trattati con questo metodo (2). Questi risultati furono confermati da Sterling, Okuniewsky, Segal, benchè quest'ultimo l'abbia esperimentato in un sol caso (3).

Successivamente l'autoliquorterapia è stata sperimentata nella encefalite epidemica e nei postumi di essa. Regett ha trattato pochi casi di encefalite con la puntura lombare, ogni cinque giorni, e con la reiniezione del liquor sotto la pelle del fianco (4); Souques, con un metodo pressocchè identico le sindromi parkinsoniane post-encefalitiche senza alcun reale beneficio (5). Viceversa Piticarin, rumeno, afferma di aver avuto notevoli miglioramenti con le iniezioni periodiche di 10 cc. di autoliquor per via endovenosa (6): risultati questi confermati da Giulietti. Pare che nell'epilessia pure si sia tentato questo trattamento con poco successo, mentre in questa forma morbosa si sarebbero avuti migliori risultati con l'autoemoterapia, per prima in Italia tentata dal Ceni. Anche in chirurgia l'autoliquorterapia è stata utilizzata per evitare gli incidenti dovuti alla rachianestesia (Daniel).

Anche io mi sono occupato dell'argomento trattando paralitici, schizofrenici, epilettici, parkinsoniani, sia con iniezioni di liquor e-

stratto da infermi affetti da male omologo, in fase avanzata, (liquorterapia), sia con iniezioni di liquor estratto dallo stesso soggetto (autoliquorterapia), e ho ottenuto dei risultati meritevoli di essere presi in considerazione per l'azione terapica e autoterapica del liquor (7).

Del resto il Negro in una recente, interessantissima comunicazione alla Società Francese di Neurologia, si è dettagliatamente fermato sull'azione terapica del liquor introdotto per via parentale, con risultati ottimi, a volte sorprendenti, specie perchè, oltre a stimolare l'attività funzionale, regolerebbe e ristabilirebbe equilibri ormonici perturbati (8).

Senza dubbio questa terapia agirebbe con un meccanismo del tutto analogo alla proteinoterapia specifica.

Qualche autore cita il Tilli come il precursore di questo sistema curativo (9).

Il Tilli nel 1916 trattò tre casi di meningite tubercolare estraendo per ciascuno infermo da 15 a 30 cc. di liquor, in una sola volta, e iniettandolo, senza alcuna speciale manipolazione, nella quantità giornaliera di 2-3 cc. in giorni alterni sottocute (10). In questo caso si tratta di un tentativo di autovaccinoterapia: per giunta poco raccomandabile, perchè con esso si vengono a togliere i bacilli tubercolari dal loro luogo di elezione e si vengono a diffondere in circolo. Anche l'A. dovette essere convinto della cosa, tanto è vero che non pare abbia proseguito nello esperimento.

L'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia di cui mi servo per la cura della paralisi progressiva, e in genere per tutte le manifestazioni luetiche del sistema nervoso è una cosa alquanto diversa dalla semplice autoliquorterapia, perchè è fondata su di un meccanismo molto più complesso, in cui l'azione curativa semplice del liquor concorre solo in minima parte. Difatti io prelevo negli infermi ogni settimana da 16 a 18 cc. di liquor, e talvolta anche 20, e per l'iniezione endovenosa, che pratico immediatamente, sciolgo in esso il neosalvarsan a cominciare dalla dose di 0,15 per finire a quella di 0,90: dose che ripeto per cinque volte consecutive. Alla soluzione di neosalvarsan in liquor aggiungo ogni volta 4 cmc. di endoiodina, o meglio gr. 0,80 di endoiodina in polvere. Inietto così nell'infermo, in dieci settimane, sciolti nel liquor, gr. 6,75 di neosalvarsan e gr. 8 di endoiodina. Questo costituisce il primo periodo di cura. Il secondo periodo di cura, che segue immediatamente al primo, consiste in 24 iniezioni di iodochinato di bismuto, una la settimana. Due giorni dopo ciascuna iniezione pratico la puntura lombare, estraendo da 16 a 18 cc. di liquor che inietto per via endovenosa con l'aggiunta di 4 cc. di endoiodina, o meglio di gr. 0,80 di endoiodina in polvere. (11). Nei casi in cui col primo gruppo di iniezioni non ho la completa remissione dei sintomi, e la completa reintegrazione dell'infermo, quando pratico il secondo ciclo di iniezioni, a partire da un mese dopo l'ultima iniezione di neosalvarsan aggiungo all'autoliquor con endoiodina anche lo stovarsolo: 1 gr. per volta, per tenere ancora l'organismo sotto l'azione dell'arsenico. Si possono così iniettare all'infermo altri 15-20 grammi di prodotto arsenicale, purchè si segua con cura l'esame renale e si pratichi spesso l'esame del fondo oculare. Anche lo stovarsolo sodico, come tutti i preparati arsenobenzolici, di qualsiasi marca, come da esperimenti da me fatti su vasta scala, può essere mescolato all'endoiodina, senza alterarsi nella sua composizione.

Questo metodo, che a prima vista sembra così complesso, può benissimo praticarsi ambulatoriamente, in quei casi in cui la sintomatologia presentata dall'infermo lo permetta. Non offre nessun pericolo e solo necessita acquistare una certa sicurezza nel praticare la puntura lombare. Gli infermi tollerano senza accusare disturbi di sorta le ordinarie sottrazioni di liquor, e anche di quantità maggiori quando occorressero per le ricerche biologiche. Nei casi trattati io ho avuto una cifra elevata di guarigioni cliniche, considerate così dal lato sociale, ma che benissimo persistendo tali, possono ritenersi vere e proprie guarigioni permanenti. Ho avuto inoltre una cifra non indifferente di guarigioni con difetto, e di miglioramenti più o meno notevoli, secondo lo stadio del male in cui era stato iniziato il trattamento. Sui risultati ottenuti, sia nell'ospedale Psichiatrico di Napoli, sia in infermi ricoverati in parecchie case di salute, mi intratterrò in una mia prossima comunicazione sull'argomento.

Bianchi e Durando hanno avuto anche essi dei risultati confortanti e raccomandano il metodo non solo nella paralisi progressiva ma in tutte le forme luetiche del sistema nervoso (12). C. Colucci riferisce i buoni risultati avuti col metodo citato a complemento della terapia malarica (13). G. Colucci dopo il trattamento malarico ha sperimentato l'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia ottenendo oltre a guarigioni, che sembrano definitive, delle modifiche del sangue e del liquor dal lato biologico, che non si ottengono con la sola malarioterapia (14).

Il successo del metodo è fondato sul suo meccanismo di azione, che permette al medicamento di raggiungere ampiamente e metodicamente gli interstizi tra gli elementi nervosi, ciò che era un desiderata per raggiungere l'effetto terapeutico.

Infatti oltre al fattore autoterapico, di importanza minore, per quanto non indifferente, concorrono nel meccanismo i seguenti altri fattori:

a) disquilibrio endorachideo, e sollecita rinnovazione del liquor estratto, che permette al medicamento di passare la barriera coroidea e meningea, e arrivare così ai centri nervosi, dove da esperienze fatte, normalmente giunge in quantità limitatissima (Mahrteus, Mac Artur).

b) mezzo nel quale viene disciolto il medicamento, che per essere di una composizione affine a quella del sistema nervoso, specie se usato concentrato, con l'aggiunta di endoiodina in polvere, permette tanto al prodotto arsenicale, quanto all'iodo, quanto al bismuto iniettato per via intramuscolare in precedenza, e già passato in circolo nelle prime 48 ore, di giungere effettivamente nell'asse cerebro-spinale e fissarsi alla cellula nervosa.

c) rapida e momentanea vasodilatazione dei capillari determinata dall'iodo introdotto per via endovenosa, mescolato agli arsenobenzoli, che si somma alla maggiore replezione sanguigna dei vasi cerebrali dopo la presa del liquor, e per effetto di essa. Questa vasodilatazione periferica, conseguenza dell'azione dell'iodo sul sistema neuro-vegetativo, agisce in modo da far giungere nel sistema nervoso centrale i diversi medicamenti nei capillari corticali e midollari: i quali ultimi per riempirsi hanno bisogno di un elevato grado di pressione. Questa stessa vasodilatazione fa giungere il medicamento nei capillari dei plessi coroidei, che presiedono in prevalenza all'origine del liquido spinale; e inoltre negli altri capillari, che pur per dialisi, benchè in quantità minima, secondo Becht, Mestrezat, Wead, danno luogo alla produzione extraplessuale del liquor: il quale per altro, per la corrente naturale, trasporta il medicamento negli spazi sottoaracnoidei a contatto delle meningi e della sostanza nervosa.

d) azione complessa della combinazione iodo-arsenobenzolica, che rafforza in modo notevole l'efficacia di ciascuno dei due preparati, di cui il primo tendente ad accumularsi in quantità doppia e tripla nei tessuti patologici, secondo le osservazioni di von Loebe e von der Veloven, riesce utile nelle forme torpide e nelle localizzazioni del sistema nervoso, per il legame iodo-lipoideo che facilita la azione medicamentosa; e il secondo per l'aumentato suo indice chemioterapico ha un'azione spirillicida e perciò terapeutica maggiore.

Ora se è vero che l'autoliquorterapia meriterebbe da parte degli studiosi un interessamento maggiore, l'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia dovrebbe avere una estesa diffusione, ed esser messo alla portata di tutti, perchè ognuno potesse portare il proprio contributo e rendersi conto della sua efficacia. Il non farlo per pessimismo, o per spirito misoneistico, non è solo colpa scientifica ma un delitto verso l'umanità.

La demenza paralitica, ritenuta, fino a qualche anno fa, malattia a decorso fatalmente progressivo, si è giovata e si giova della malarioterapia, almeno entro certi limiti. La malaria però, sia pure quella sperimentale, non è sempre esente da pericoli; non sempre si può dominare e regolare secondo le diverse resistenze organiche, non può essere applicata in tutti i casi, non trova sempre consenzienti i parenti dell'infermo, lascia tracce del suo passaggio nei vari organi (milza, midollo osseo, fegato, rene, ecc.), alterandoli nella loro compagine; nel 10 % dei casi può dar luogo a deliri secondari sistematizzati, confusionali, allucinatori, ipocondriaci, a manifestazioni paranoidi, stuporose, demenziali permanenti; perciò è dovere assicurarsi se con rimedi specifici, che normalmente applicati aggravano il decorso del processo morboso, somministrati con un dato metodo si abbiano risultati migliori e insperati.

D'altra parte non vi è nulla in contrario che il trattamento autoliquorarsenobenzoloiodico possa seguire come complemento a quello malarico, specie in quei casi nei quali, come ha fatto il Colucci, non si siano avuti con quest'ultimo risultati del tutto soddisfacenti, sia dal lato clinico che da quello dell'esame biologico.

I migliori risultati si hanno con il dijodo-esametil-diammino-isopranolo aggiunto alla soluzione di neosalvarsan nel liquor. Una miscela di arsenobenzolo e iodo non si è potuta ottenere; il prof. G. Castelli al quale mi rivolsi per vedere se fosse stata possibile simile combinazione non è riuscito, non ostante numerose esperienze ad avere un composto stabile. Forse è possibile preparare una miscela di Neosalvarsan e di jodo- esametil-isopranolo, con una

dose variabile della prima sostanza e fissa, nella proporzione di 0,80, della seconda. In questo caso la miscela al di fuori del contatto dell'aria non dovrebbe subire alterazioni. Il preparato, oltre che nella paralisi progressiva, troverebbe larga applicazione in tutte le forme luetiche e soprattutto in quelle tardive, dove io in migliaia di esperienze ho ottenuto, e ottengo risultati notevolmente migliori di quelli che non si ottengono con i semplici arsenobenzoli.

RIASSUNTO.

L'A. differenzia il meccanismo curativo dell'autoliquorterapia da quello più complesso dell'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia da lui proposto con successo nella cura della paralisi progressiva. Riporta dettagliatamente la tecnica, il meccanismo d'azione e i risultati clinici che si ottengono. Riferisce i risultati ottenuti dagli altri sperimentatori e da quelli che hanno associato la terapia all'autoliquor medicato al trattamento malarico, e come complemento di esso.

BIBLIOGRAFIA.

(1) K. VON ZIELINSKI. *Ein neues therapeutisches Vorgehen beim Fleckfieber*. Berl. klin. Woch., marzo 1918.

(2) E. WAJS. *Stosowanie plynu mozgowo-rdzeniowego w leczeniu duru wysypkowego*. Lekarz wojskowy, 1921.

(3) M. J. SEGAL. *Essai de traitement du typhus exantématique par l'injection du liquide céphalo-rachidien du malade*. Presse Méd., 1920.

(4) REGETT. *Essai thérapeutique concernant l'encéphalite épidémique*. Ibid., 1920.

(5) A. SOUQUES. *Traitement de syndromes parkinsoniens post-encéphalitique par les injections intraveineuses du liquide céphalo-rachidien du malade*. Bull. Soc. des Hôp., 1922.

(6) PITICARIN. *Die Behandlung der mioclonien und der Parkinsonnischen Symptomkomplex nac Encephalitis epidemica mit intravenosen Iniection voi eigener Lumbalflüsigheit*. Vien. klin. Woch., 1922.

(7) E. MARIOTTI. *Liquor-autoliquor-autoliquorarsenobenzoloterapia*. Soc. Neur., aprile 1929.

(8) F. NEGRO. *Sulla funzione e azione del liquido cefalo-rachidiano*. Soc. de Neur. de Paris, déc. 1931.

(9) A. CARBONI. *L'autoliquor-terapia in medicina e chirurgia, 1910-1931*. Policlinico, Sez. Prat., n. 3, 1932.

(10) P. TILLI. *Meningite tubercolare: tentativi di cura con reni sottocute del liquido cefalo-rachidiano*. Policlinico, Sez. Prat., 1916.

(11) E. MARIOTTI. *Autoliquorarsenobenzolo e autoliquorarsenobenzoloiodoterapia nella sifilide del sistema nervoso centrale*. Soc. It. Derm. e Sifil., maggio 1929.

(12) G. BIANCHI e DURANDO. *Il metodo di Mariotti di autoliquorarsenobenzoiodoterapia nella lue nervosa*. Rassegna di Studi Psichiatrici, 1930.

(13) C. COLUCCI. *Considerazioni sulla terapia con l'inoculazione di malaria*. R. Acc. Med. chir. di Napoli, 1931.

(14) G. COLUCCI. *L'autoliquorarsenobenzoloiodoterapia nella metalue nervosa, dopo il trattamento malarico*. Rassegna di Studi Psichiatrici, n. 3, 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Cagliari.

Direttore: Prof. A. BUSINCO.

Sulla tiroidite suppurativa [1]

(Considerazioni anatomo-cliniche).

Dott. GIULIO GIUNTI, assistente

Nel mese di ottobre dello scorso anno ci è occorso di sezionare (autopsia n. 2454 n. s. P. D. a. 48 contadino da Monastir (Cagliari) Settore: Prof. A. Businco) il cadavere di un uomo di costituzione longitipa e sviluppo scheletrico regolare, presentante il collo ingrossato, tumido. La cute era distesa, a tratti pallida a tratti paonazza, assottigliata ed imbibita di sierosità giallognola. I tessuti molli, nelle due regioni latero-cervicali, erano pure largamente e diffusamente imbibite da un liquame purulento in evidente rapporto con una raccolta simile proveniente dalla regione tiroidea. Tutto il lobo destro della ghiandola, di cui la raccolta ripeteva la forma, risultava distrutto. Due tragitti purulenti si spingevano posteriormente a ridosso dell'impalcatura faringea. Anche il lobo sinistro era in gran parte sostituito da una colliquazione purulenta ed in gran parte infiltrato di falde giallognole, dense. Fra le fascie cervicali e i muscoli esistevano striature di pus. Oltre a ciò, ancora a carico degli organi del collo, si rilevava: la lingua ricoperta da una densa patina asciutta grigiastra, le tonsille leggermente sporgenti e consistenti, sclerotiche, la faccia anterio-

---

(1) Nel riferire questo caso alla Seduta della Società Medica di Cagliari con presentazione del pezzo macroscopico e di preparati istologici (Atti, Seduta del 10 aprile 1932), il prof. M. ARESU ricordava un caso personale di periesofagite purulenta conseguito ad un ascesso tiroideo; il dott. A. COSTA disse pure di averne osservato un caso, operato con successo, ed un altro, apparentemente primitivo, venne fatto operare, con risultato rapidamente felice, dal prof. A. BUSINCO. Ciò per sottolineare che molto verosimilmente la tiroidite suppurativa primitiva è molto meno rara di quanto si dice.

re ed i margini dell'epiglottide, le pliche ariepiglottiche, la mucosa ipofaringea sollevate e distese da un liquido che impartisce loro un aspetto translucido, quasi gelatinoso: la plica sinistra è così voluminosa che si spinge su la linea mediana e si ripiega su l'*iatus* laringeo restringendone notevolmente la rima. Leggermente edematosa, e con superficie di colorito grigiastro, la mucosa ipoglottica.

A carico degli altri organi: circoscritti, piccoli focolai di addensamento bronco-pneumonitico su un terreno di congestione e metamorfosi torbido-grassa degli organi parenchimali (cuore, fegato, reni).

* * *

Bastano questi schematici cenni del reperto per inquadrare la forma morbosa, che riveste l'interesse epicritico del caso.

Qualche altro importante elemento alla sua migliore interpretazione ha arrecato l'esame istologico.

Su frammenti della parete delimitante la cavità ascessuale, prelevati in diversi punti (Fissazione: Formalina - Inclusione in paraffina; Colorazione: Emat. Eosina - Van Gieson - Weigert fibrina) non si misero in evidenza, difatti, altro che cenci necrotici ed una cospicua infiltrazione leucocitaria invadente i muscoli, che scompaginava e frammentava le fibre. In pezzi prelevati in modo da interessare lo sfondato inferiore della cavità ascessuale ed i tessuti sottostanti, dove macroscopicamente si notava una formazione del volume di un fagiuolo e dall'aspetto di tessuto tiroideo, si nota come la suppurazione, nella sua progressiva distruzione della ghiandola, da una striscia marginale, frastagliata, d'aspetto necrotico delimitata da una larga fascia d'infiltrazione emorragica, passa, infiltrandola, in una fascia interna di connettivo denso. Nella cospicua infiltrazione leucocitaria si nota un focolaio micotico. L'infiltrazione leucocitaria si dirada e, proseguendo verso l'esterno, risalta un tessuto areolare con maglie dapprima vuote poi contenenti qualche elemento epiteliale cubico, sfaldato nel lume. Immediatamente contigua è una striscia di otricoli tiroidei, con lume ampio, contenuto tenue, omogeneo e granuloso, vacuolizzato. Risalta una notevole proliferazione epiteliale, che non si limita ad una pluristratificazione degli elementi di rivestimento, ma si hanno ammassi, che si sollevano dal contorno in cordoni ed in abbondanti cumuli, ed in qualche follicolo assumono, persino, degli aspetti papillari.

In campi interposti si ha una evidente struttura microfollicolare: piccole cavità con scarsissima opaca sostanza colloide, rivestite di epiteli per lo più poliedrici più o meno voluminosi. Lo stroma residuo non si presenta aumentato.

Nel *polmone* si avanzano travate connettivali dense dalla pleura inspessita, omogenea. Gli alveoli corrispondenti a queste zone hanno il lume afflosciato ed i setti inspessiti, ma vi ha un diffuso contenuto cellulare di elementi verosimilmente sfaldati dalla parete alveolare, ben tinti, misti a cellule con note regressive e sottili filamenti di fibrina. Nel lume dei bronchi epiteli della parete, sostanza amorfa, residui granulari citoplasmatici e nucleari; spiccata replezione dei vasi sanguigni parietali.

Reni: Sclerosi totale o parziale in un certo numero di glomeruli renali, spiccata replezione dei vasi sanguigni corticali e midollari, cospicua degenerazione degli epiteli tubolari dei tratti di I e II ordine e contorti.

Fegato: Struttura acinosa discretamente rimarcata. Cordoni cellulari distanziati tra di loro per una certa replezione dei capillari intracinosi e degenerazione torbido-grassa degli elementi parenchimali.

Del *timo* residuano modeste isole di tessuto di aspetto linfoide con corpuscoli di Hassal bene evidenti in un'atmosfera di tessuto cellulo-adiposo.

Per i dati desunti dal reperto d'autopsia ed istologico, la diagnosi clinica di ascesso laringeo, con cui il soggetto in esame era stato inviato al tavolo anatomico, veniva così corretta: Tiroidite suppurativa (verosimilmente primitiva) — flemmone del collo — edema infiammatorio della glottide — bronchite e broncopolmonite catarrale acuta — metamorfosi regressive (fegato, cuore, reni, con glomerulonefrite cronica parcellare).

* * *

La causa della morte era evidentemente dovuta all'infiltrazione flemmonosa del collo, partitasi dalla tiroide, determinante edema laringeo e compressione dei nervi pneumogastrici.

I pochi precedenti anamnestici giustificano la supposizione di questa successione morbosa. Il paziente riferì, all'atto del ricovero, di essere stato colto, circa dieci giorni prima, in pieno benessere, da febbre preceduta da brivido, e di avere, il giorno dopo, notato un ingrossamento del collo, che era andato sempre più accentuandosi, tanto da causare una difficoltà nella deglutizione. Due giorni prima del ricovero gli si erano manifestati anche dei disturbi respiratorii che, per il loro progredire, lo decisero a presentarsi in Ospedale. Qui gli venne praticata un'incisione nella faccia posteriore del faringe che diede esito a scarsissima quantità di pus. Dopo l'intervallo i disturbi respiratorii regredirono, ma il mattino successivo, dopo avere espresso una sensazione di benessere e deglutito del latte, mentre stava semiseduto sul letto, fu visto improvvisamente accasciarsi e morire senza sintomatologia vistosa.

La ricerca bibliografica informa che la tiroidite acuta è una affezione poco comune. Secondo alcune statistiche, riportate da Clute e

Smith, in 10 anni, su 45935 malattie la t. a. si trovò 43 volte, e su 1200 casi di affezioni tiroidee si ebbe una tiroidite acuta, una tubercolare e 5 strumiti lignee di Riedel.

Il fatto si spiega giacchè la tiroide è bene incapsulata, senza comunicazioni col tratto digestivo alto, se si tolgono i rari casi di persistenza del dotto tiroideo-glosso, è provvista di un ricco sistema linfatico, ed, inoltre, pare anche protetta dalla azione battericida del succo tiroideo.

Gli AA. tedeschi riservano la denominazione di tiroidite alla infiammazione che colpisce la ghiandola normale, mentre chiamano strumite la flogosi che si verifica nel gozzo. Questo stato, anzi, è considerato come una causa predisponente ai processi flogistici, come la maggior parte delle affezioni tiroidee; predilige il sesso femminile sopratutto dai 20 ai 40 anni, in coincidenza delle ripercussioni tiroidee del periodo di maggior attività genitale.

I casi di unica localizzazione suppurativa organica nella tiroide sono, dunque, rari, tanto che alcuni AA., come Bourgeois e Menormand, la negano e spiegano i casi segnalati come tali come localizzazioni secondarie ad infezioni trascorse inavvertite al malato. Questo è vero: anche questi casi seguono indiscutibilmente ad un'infezione, ma il focolaio primitivo, o la porta d'entrata, restano nascosti. Si giustifica, così, la qualifica di tiroiditi criptogenetiche. Si presume che, come per tanti altri territori organici, così anche per la tiroide, l'ingresso del germe responsabile avvenga attraverso soluzioni di continuo del tratto digestivo alto (bocca, istmo delle fauci, tonsille, ecc.).

Lo sono meno quelli di impianto della suppurazione da focolai purulenti in atto vicini e lontani. Sono in causa le malattie infettive acute (tifo, influenza, tosse convulsa (Collet), l'infezione puerperale, la osteomalacia, la polmonite), od un qualunque focolaio di suppurazione. Non può dirsi fino a che punto e se si debba accettare la tiroidite da malaria descritta da Zesas. Certo è molto più attendibile l'esistenza della forma gonococcica tiroidea descritta da Alescandresco e Jonesco in una giovane donna affetta da setticemia da gonococco con localizzazioni pluriarticolari, in cui la cultura del pus, estratto mediante puntura, riprodusse soltanto dei gonococchi.

Sono state descritte, ancora, delle tiroiditi nel corso di intossicazioni (fosforo, iodio). Altro meccanismo d'infezione tiroidea è rappresentato dai traumi (ferite, punture). In queste evenienze il meccanismo seguito dagli agenti piogeni è diretto. In tutti gli altri casi, salvo qualche occorrenza di suppurazione per propagazione linfatica, la via seguita dai germi è certamente l'ematica. L'infiammazione è, generalmente, a carico di un solo lobo, più particolarmente del destro, e raramente invade tutta la ghiandola.

I focolai sono multipli e si localizzano nel territorio di distribuzione di un'arteria. All'inizio la ghiandola si presenta congesta, in seguito alla superficie di taglio si notano delle strie giallastre, ed infine si formano piccoli ascessi che possono confluire a formare un vasto focolaio unico.

Le lesioni istologiche sono ora interstiziali con abbondante infiltrazione leucocitaria e scarsa degenerazione epiteliale, ora parenchimatose con degenerazione accentuata dell'epitelio ghiandolare, tumefazione delle cellule, scoloramento dei nuclei, scarse le alterazioni delo stroma e l'infiltrazione leucocitaria. I germi molto virulenti producono una tiroidite emorragica, caratterizzata da congestione e da emorragie perivasali. Per lo più si riscontrano associate le lesioni dello stroma e dell'epitelio.

L'inizio è brusco, con febbre spesso preceduta da brivido, cefalea, dolore e senso di tensione nella regione anteriore del collo, che compare, al più tardi, il secondo giorno, disfagia. La tumefazione, nella tiroidite semplice, è piuttosto moderata e predomina da un lato, di consistenza solida od elastica, dolente alla pressione; mentre nella strumite è maggiore, progressiva, dolorosa.

Alla disfagia segue la difficoltà respiratoria, che è più precoce nella strumite. Raramente si hanno fatti di compressione sui tronchi venosi del collo, come pure sono rarissimi, e da qualche A. negati assolutamente, i sintomi d'ipotiroidismo. Fasano descrive un caso di tiroidite purulenta in cui si era manifestata una sindrome da morbo di Basedow, scomparsa dopo lo svuotamento della cavità ascessuale.

Il decorso è di 6-10 giorni, ma mentre la tiroidite semplice tende alla risoluzione spontanea, nelle strumiti si forma assai frequentemente l'ascesso (60-70 %).

La prognosi è favorevole nella forma semplice, od anche nella suppurativa quando l'intervento è precoce. Se ciò non avviene, il pus non si può far strada all'esterno, con esito favorevole, ma può anche aprirsi nella trachea, nell'esofago, o diffondersi verso la pleura od il mediastino, evenienze piuttosto rare ma assai gravi. Altre complicanze sono l'edema del

laringe, la broncopolmonite, la condrite o la pericondrite laringea.

La diagnosi, in genere, è facile.

La cura, sintomatica all'inizio, deve essere chirurgica appena si sospetti l'esistenza del pus. All'incisione può seguire una fistola tiroidea che ritarda la guarigione.

In questo caso, per quanto l'indagine anatomica sia stata, anche in questo senso, diligente, non si stabilì l'esistenza di altri focolai purulenti.

È verosimile che i germi siano penetrati attraverso un rivestimento mucoso, senza localizzarvisi e lasciarvi traccie, e siano arrivati alla tiroide per via ematica determinandovi la infiltrazione suppurativa, raccoltasi nel lobo destro prima, ma in seguito, vinta la barriera costituita dalla capsula fibrosa, che avvolge la ghiandola, si è diffusa ai e fra i tessuti cervicali.

Non credo che la tiroidite possa considerarsi in dipendenza della broncopolmonite rilevata all'atto dell'autopsia. Infatti, se questa, talvolta, può essere il punto di partenza del germe che secondariamente determina la tiroidite, è evidente che in questo caso la broncopolmonite si è impiantata sul terreno dell'ostacolo respiratorio, che durava da qualche giorno. Si potrebbe, pure, pensare ad un meccanismo inverso, e, cioè, alla diffusione dei piogeni alla tiroide. Questa è la via più ordinariamente seguita e per taluni sarebbe anche in quelle evenienze nelle quali il *virus* infettante non lascia alcuna traccia nel punto d'ingresso. Se in teoria ciò è sostenibile e logico, in pratica, tuttavia, non può applicarsi un tale criterio, giacchè, allora, si dovrebbe riservare la caratteristica di flogosi primitiva soltanto a quelle che si svolgono nella superficie tegumentaria e mucosa. E, invece, nell'entità morbosa deve risaltare quel requisito, già lumeggiato in precedenti lavori (Lumière, Businco A. e Riccitelli, ecc.), della simbiosi somato-parassitaria. Per stare al caso delle infezioni piogene, il tessuto in cui il *virus* riesce a stabilirsi e a svolgere le sue prerogative biologiche e patologiche, è da considerarsi espressione nosologica del suo avvenuto predominio su le difese organiche. Ora, nel caso in studio, proprio la tiroide presentava i più gravi fatti distruttivi, in quanto di essa residuava soltanto un piccolissimo frammento ed in quanto se la localizzazione primitiva fosse stata nel rivestimento o nella sottomucosa faringo-laringea, sarebbe stato certamente più agevole al pus cercare una via di propagazione, nella sua progressiva invasione, attraverso i tessuti lassi del collo e del mediastino, come suole verificarsi, anzichè attraverso la barriera assai resistente rappresentata dalla fascia connettivale della tiroide.

Ed in questo senso s'impone agli effetti delle deduzioni patogenetiche. Per questi criterii, quindi, la primitività della suppurazione tiroidea non pare lasciare incertezze.

Meno agevole riesce stabilire le condizioni della tiroide precedentemente all'infezione: se sana, cioè, o colpita da note strumose. Stando ai pochi elementi anamnestici in possesso, è assai probabile che quest'organo fosse esente da gozzo. Gli atteggiamenti iperplastici e, forse, ipersecretivi del frammento superstite si possono spiegare con la necessità di funzione vicaria richiamata dalla distruzione della ghiandola.

L'infezione ha decorso, d'altra parte, così rapidamente, ed altri fenomeni morbosi hanno tanto predominato nel quadro nosografico, che non si può dire se e quanto abbia inciso nel quadro nosografico un'eventuale insufficienza acuta ipotiroidea, e se, invece, gli effetti della distruzione ghiandolare siano stati compensati. Altri, del resto, in analoghe contingenze ha notato l'assenza di fenomeni ipotiroidei.

*
* *

Oltre questa indagine patogenetica, il caso assume un certo interesse anche da un punto di vista pratico.

La malattia ha avuto una evoluzione di soli dieci giorni con esito letale. La morte, per il suo carattere sincopale e per la assenza di fenomeni d'asfissia, pare debba attribuirsi più all'azione compressiva sul vago che all'edema della glottide. A questo esito fatale, quindi, può portare l'ascesso tiroideo quando la diagnosi non sia fatta tempestivamente e, soprattutto, quando non si pensi alla evenienza di un ascesso tiroideo, si dia maggior peso ad altri sintomi apparentemente più vistosi, e di conseguenza l'intervento venga portato lontano dal focolaio originario. Se, infatti, si aggredisce direttamente la sacca ascessuale tiroidea e si drena all'esterno, per la via quindi più indicata ed anche più agevole, è possibile impedire la compromissione fatale di altri organi vicini (glottide, vago, vasi ecc.) e, contemporaneamente, assicurare più ampie probabilità di guarigione.

RIASSUNTO.

Esempio molto probabile di tiroidite suppurativa primitiva, anaendocrina, insorta in un

uomo di 48 anni, morto improvvisamente per paralisi vagale.

Considerazioni patogenetiche, anatomo-cliniche e terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA.

1) ALEXANDRESCO-DERSCA e JONESCO. *Thjroidite suppurée gonococcique à la suite d'une gonococcémie*. Paris Médical, n. 9, 1932.
2) BEGOUIN. *Compendio di patologia chirurgica*, vol. II, Vallardi, Milano.
3) BOURGEOIS e MENORMAND. (Vedi ZAPIOLA e MORENO).
4) BUSINCO e RICCITELLI. *Su la gastrite flemmonosa*, Pathologica, n. 439, 1928.
5) CLUTE e SMITH. Vedi *La tiroidite acuta*, Policlinico (Sez. Prat.), 1927.
6) COLLET. Vedi BEGOUIN.
7) FASANO. *Manifestazioni rare nella tiroidite*, Policlinico (Sez. Prat.), 1927.
8) LUMIÈRE. Citato da BUSINCO.
9) ZAPIOLA e MORENO. *Tiroidite acuta suppurativa*, La Settimana Medica, a. XXXII.
10) ZESAS. Vedi BEGOUIN.

PRATICA UROLOGICA.

Sul modo di stasare i cateteri ureterali senza modificare la concentrazione dell'urina.

CARMELO MALTESE LE-ROY, Padova.

Il procedimento eseguito e proposto dal prof. Taddei per stasare i cateteri introdotti negli ureteri senza modificare la concentrazione dell'urina (*Policlinico*, Sez. pratica, anno XXXIX, n. 5, pag. 181) è senza dubbio molto ingegnoso, ma non mi sembra debba potersi applicare in pratica senza presentare degli inconvenienti.

Chi ha una certa familiarità col cateterismo degli ureteri avrà notato che, di tanto in tanto, introdotte le sonde ureterali, una di queste, raramente entrambe, non emette urina.

Il fenomeno può presentarsi sotto varie forme e per cause diverse.

1) La sonda non emette una goccia d'urina dall'inizio alla fine dell'esame (rene distrutto od assente congenitamente; ostruzione degli occhi o del lume della sonda da coagulo o da grumo purulento).

2) L'emissione d'urina, normale all'inizio, si arresta ad un dato momento dell'esame (ostruzione).

3) L'emissione dell'urina non avviene che dopo un periodo di tempo variabile (inibizione riflessa temporanea).

4) La sonda, subito dopo introdotta nel bacinetto, dà alcune goccie d'urina ma poi la secrezione cessa del tutto fino a che la sonda è nell'uretere (inibizione riflessa permanente).

Evidentemente bisogna discernere in ogni caso a quale causa è dovuto l'arresto dell'emissione dell'urina e provvedere nel limite del possibile con certi artificii di tecnica a rimuoverla.

Il catetere viene spinto in generale nell'uretere per 22-25 centimetri, lunghezza sufficiente per penetrare nel bacinetto: se l'urina dopo un'attesa di alcuni minuti non viene, si può ritirare la sonda di 2-3 centimetri. Se questa manovra dà esito negativo, bisogna tener presente che un voluminoso calcolo del bacinetto oppure un'idronefrosi da curvatura o stenosi ureterale possono ostacolare la penetrazione della sonda nella pelvi; sarà necessario allora di spingere questa di altri tre, cinque centimetri: si avrà la sensazione netta di aver vinto una resistenza e l'urina verrà fuori a getto continuo.

Sempre che si abbia la certezza che la sonda è permeabile e che è montata nell'uretere, se nonostante le manovre suddette l'urina non viene, si deve pensare all'intasamento della sonda od all'inibizione renale.

Bisogna pensare a quest'ultima quando non si ha fuoruscita d'urina nè dalla sonda ureterale nè dalla sonda vescicale di controllo, l'altra sonda ureterale funzionando normalmente.

Il fenomeno si presenta sopratutto negli individui molto nervosi, donne specialmente; come abbiamo visto può durare 10-30 minuti, può invece persistere finchè la sonda resta nell'uretere.

Per fare scomparire questo riflesso inibitore si può praticare (con le due mani, una anteriore l'altra posteriore, come per la palpazione renale) il massaggio della regione lombare. La iniezione a dolce pressione nel bacinetto di un po' d'acqua sterilizzata, fino a provocare un *lieve* dolore, è consigliata da Marion e può dare dei buoni risultati.

Se queste manovre falliscono si è costretti di rimandare l'esame ad un altro giorno.

In caso di assenza di eliminazione d'urina per rene distrutto od assente congenitalmente, l'insieme dei dati clinici, l'esame radiologico ecc. ci metteranno in condizione di fare la diagnosi. Se la sonda è realmente ostruita da un coagulo o da un grumo purulento, ciò che si rivela con la fuoruscita d'urina dalla sonda vescicale di controllo (che non si deve mai trascurare di mettere) l'altra sonda ureterale funzionando normalmente, si deve escogitare il mezzo migliore, semplice e pratico, per stasarla senza che la concentrazione e gli elementi citologici dell'urina vengano alterati.

Cambiare la sonda presenta degli inconve-

nienti, e non è escluso che la seconda sonda potrebbe pure ostruirsi. L'aspirazione è in genere insufficiente.

Si ricorre comunemente all'iniezione di alcuni centimetri cubici di acqua sterilizzata o di liquido antisettico. Quest'ultimo però non si deve adoperare che dopo di aver raccolta sterilmente una quantità di urina sufficiente per l'esame istobatteriologico.

Il liquido iniettato presenterebbe « il gravissimo inconveniente di alterare la concentrazione d'urina raccolta e quindi di togliere o di modificare profondamente questo dato di altissima importanza diagnostica ». Che se, stasato il catetere, tutto il liquido iniettato si raccoglie e si comprende nella quantità d'urina, scarsa se la durata dell'esame è breve, è logico che la concentrazione dell'urina debba venire profondamente modificata; ma se invece trattandosi di pochi cm. cubici di liquido, si attende che questo sia stato espulso *completamente* e che l'urina che viene emessa abbia « lavato » e bacinetto e sonda, la concentrazione ureica, i cloruri, non debbono per nulla essere modificati.

Il procedimento proposto dal Prof. Taddei non mi sembra molto semplice e di applicazione corrente a meno che non venga praticato da urologi oculati e coscienziosi.

Se trattasi di forma patologica asettica, e di ciò bisogna essere *assolutamente sicuri* previo esame istobatteriologico delle urine, la cosa è semplice, ma in pratica l'indicazione del cateterismo ureterale, nella grandissima maggioranza dei casi è data da malattie renali settiche, fra le quali primeggia la tubercolosi. Quindi la necessità di *sterilizzare* le urine da iniettare, farle raffreddare e, poichè molto spesso torbide, centrifugarle. Bisogna quindi avere delle provette sterili, una centrifuga e... del tempo. Se la concentrazione dell'urina viene profondamente modificata dall'iniezione di 3 cm. cubici di acqua, vi sono delle probabilità che venga pure modificata dall'iniezione d'urina di concentrazione diversa.

Inoltre per valutare la concentrazione del lato in cui fu praticata l'iniezione (d'urina) bisogna avere i dati dei vari campioni (totale, destra, sinistra) e che questi siano molto diversi fra loro.

Una sonda già ostruita può essere stasata con un metodo che a me sembra eccellente e di grande utilità pratica: basta iniettare con una siringa di Pravaz (sterile) invece di un liquido, alcuni (da 2 a 5) centimetri cubici di aria che viene aspirata attraverso ad una fiamma.

Io adopero questo procedimento da cinque anni raggiungendo sempre lo scopo e senza il minimo inconveniente. L'aria viene espulsa immediatamente.

È questo un metodo di una semplicità estrema, alla portata di tutti e che non può avere alcun effetto sulla concentrazione delle urine. Bisogna però che l'aria sia iniettata molto dolcemente e sia aspirata attraverso ad una fiamma.

L'introduzione di una quantità di aria sterile a bassa pressione è stata praticata da urologi francesi (Papin, Heitz-Boyer, ecc.) per fare la pielografia in caso sopratutto di calcolosi renale senza il minimo inconveniente. Perchè non ricorrere ad essa per stasare una sonda ureterale?

Milano, luglio 1932.

RIASSUNTO.

L'A. dopo di avere enumerate ed analizzate le cause per le quali una sonda spinta nell'uretere non dà urina, suggerisce i metodi migliori per ovviare a quest'inconveniente.

In caso di ostruzione della sonda da coagulo o da grumo purulento per stasarla preferisce d'iniettare 2-3 cmc. di aria asettica (aspirata attraverso una fiamma) anzichè urina dello stesso individuo preventivamente sterilizzata, metodo proposto dal prof. D. Taddei.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La carenza di cellulose.

(N. FIESSINGER. *Presse Méd.*, 27 luglio 1932).

L'assenza di cellulose nel regime provoca uno stato di carenza, che nell'uomo può determinare tutta una serie di disturbi che si riuniscono in una sindrome facilmente curabile.

Nell'animale questa carenza è facile a dimostrare. Sembra nettamente dimostrato che, per l'alimentazione dei piccoli mammiferi allo stato adulto, l'aggiunta di cellulose sotto forme differenti sia assolutamente necessaria per ottenere l'equilibrio alimentare. La soppressione delle cellulose non tarda a provocare un dimagramento progressivo degli animali. Vi è dunque carenza di un alimento il cui solo scopo è di favorire le contrazioni digestive e di lottare in tal modo contro il ristagno ed i fenomeni che ne conseguono: costipazione, diminuzione dell'appetito, torpore, cachessia progressiva.

Nell'uomo esiste manifestamente una carenza di cellulose. A questo riguardo una nozione deve essere messa anzitutto in rilievo. Il soggetto a letto può essere mantenuto con regimi esenti di cellulose, senza che si osservino generalmente sintomi importanti. L'uomo invece che conduce una vita attiva va soggetto al-

la carenza da cellulose, che si estrinseca in una sindrome descritta già da alcuni anni dall'A. sotto il nome di cachessia restrittiva.

Questa sindrome fa parte delle piccole sindromi ansiose, appartiene a soggetti nervosi, i quali generalmente per una doppia causa, una causa emotiva, molto variabile ed una causa organica (imbarazzo gastrico febbrile, diarrea, distonia gastrica) si sottopongono o per prescrizione medica o spontaneamente ad un regime carenzato in cellulose.

Tale regime aumenta la costipazione e la inappetenza il che induce a restringere ancora di più l'alimentazione. Entra allora in gioco la cachessia restrittiva, il cui segno dominante è lo stato di ansietà. L'ammalato concentra tutta l'attenzione sui suoi fenomeni digestivi ed è indotto a sopprimere via via quasi tutti gli alimenti. La cachessia è rapida, il ventre si scava, l'anoressia è costante, vi è anzi disgusto verso qualunque alimento. Il malato è ridotto alle pappe, ai purées leggeri, a qualche pastina, a pochi biscotti e l'alimentazione liquida è ridotta al minimo. La costipazione è allora inevitabile. Questa costipazione rende necessaria una terapia lassativa ed il malato non vede la sua salute che nelle pillole o nei clisteri. Compaiono delle reazioni diarroiche, ma non si hanno dolori nè vomiti. Appena come unico sintomo si osserva della pesantezza con distensione gastrica dopo il pasto e del gorgoglio.

Ai raggi si trova uno stomaco normale più o meno ptosico, più o meno ipotonico, ma senza segni di ritenzione nè alcun segno di stenosi pilorica.

Questi disturbi digestivi sono caratterizzati dalla sensazione di ansietà che provocano, per cui questi malati non osano più mangiare. La più piccola quantità di cibo provoca fenomeni penosi. I malati dimagrano, sono astenici, tristi, insonni lamentano dolori a livello dei reni, semplice espressione di mialgie da dimagramento, dolori che orientano talora la diagnosi verso organi (reni, utero ecc.) che in realtà sono indenni. Dopo parecchi mesi questi cachettici hanno un aspetto miserevole e tuttavia un esame completo non rivela una causa organica importante. È allora che compaiono i due danni maggiori: la melanconia ansiosa e sopratutto la tubercolosi polmonare. La guarigione è tuttavia possibile, se si arriva a riprendere una alimentazione ricca di cellulose. Occorre a questo proposito costanza. Non bisogna scoraggiarsi ai primi insuccessi. Il regime dovrà essere prescritto progressivamente e deve contenere delle sostanze ricche di cellulosa, ma di digestione relativamente facile: carciofi, carote, asparagi, cipolle, spinaci, sedani, lattuga, insalata. Quanto alla frutta, l'A. consiglia di prendere non cotte le prugne, le ciliege, le pere, l'uva, le mele, le arancie (è consigliabile mangiare la frutta intera, con la buccia), e cotti i mirtilli, i lamponi, i ribes.

Questo regime cellulosico si associa facilmente al latte e si combina con la cura idrocarbonata. Naturalmente bisogna trovare la dose di cellulosa tollerata dallo stomaco e per arrivarci è spesso necessario saggiare per parecchie settimane. Quando il regime è stabilito, può accadere che un imbarazzo gastrointestinale renda necessario un passo indietro; il malato deve sapere a quali alimenti deve allora ricorrere. Il regime rende necessaria una sorveglianza continua, ma dà grandi vantaggi terapeutici. L'appetito aumenta, le digestioni sono più facili, il peso aumenta regolarmente, la costipazione si attenua lentamente. In qualche mese l'A. ha visto dei malati trasformarsi completamente e riprendere uno stato di salute in apparenza normale.

C. TOSCANO.

I restringimenti del retto.

(R. BENSAUDE. *Bull. Méd.*, 11 giugno 1932).

Lavori recenti hanno rimesso all'ordine del giorno la questione dei restringimenti del retto.

I restringimenti del retto presentano le tre varietà seguenti: restringimenti congeniti, cicatriziali e infiammatori.

I restringimenti congeniti sono i più rari. Hanno sede a 3 cm. circa al di sopra dell'ano, hanno forma di diaframma, di membrana a forma di imene, non sono accompagnati da lesioni di rectite, si accompagnano a fistole o ad altre deformazioni congenite. Clinicamente un altro fatto è loro particolare, si manifestano cioè spesso tardivamente, negli adulti verso i 30, 40 o 50 anni. La loro terapia è facile, la guarigione si ottiene per semplice dilatazione o con la sezione della piega mucosa.

I restringimenti cicatriziali sono delle vere cicatrici secondarie ad un'ulcerazione o ad un trauma, più spesso chirurgico. Una varietà di questi restringimenti ben particolare è quella secondaria ad un trattamento radioterapico. Si tratta in genere non di applicazioni intra-rettali di radio, ma di applicazioni vaginali nel trattamento del cancro uterino.

Questi restringimenti sono da attribuire all'infiammazione del retto secondaria a lesioni di radionecrosi. Guariscono con la dilatazione diatermica.

Più importanti e più interessanti sono i restringimenti infiammatori, che si distinguono in restringimenti venerei e non venerei, questi ultimi relativamente rari (tubercolari, dissenterici).

La grande maggioranza dei restringimenti infiammatori entra nella categoria dei restringimenti venerei. All'origine di essi si trova la

sifilide, la blenorragia, la malattia di Nicolas Favre e molto spesso la sodomia.

Questo restringimento si riscontra abitualmente nell'adulto ed in proporzioni uguali nei due sessi.

Dal punto di vista anatomico presenta caratteri ben precisi quanto alla sede, al numero, alla forma. È di regola situato da 5 a 7 cm al di sopra dell'ano, è nella grande maggioranza dei casi unico, presenta una struttura a tunnel o a canale conico con l'estremità superiore più stretta. Al di sopra della stenosi si trova classicamente la larga ed unica ulcerazione di Gosselin oppure una serie di ulcerazioni che si prolungano anche fino a 20 cm. al di sopra del restringimento. Al di sotto del restringimento si trovano lesioni di rettite vegetante. Le lesioni non si limitano al retto, ma esiste una grossa massa sclero-lipomatosa peri-rettale che salda il retto agli organi vicini.

La sintomatologia dei restringimenti infiammatori varia secondo il grado della stenosi, l'intensità della rettite, le complicazioni ulcerose o infettive associate, l'età, la resistenza del malato. Nei casi medi l'affezione passa per due fasi evolutive, una fase di rettite, prima acuta, poi cronica, con i sintomi relativi (bisogno frequente di defecare, tenesmo, emissione di pus, ecc.) ed una fase di stenosi caratterizzata dalla costipazione ribelle e dalla defecazione difficile e dolorosa. Un secondo segno della stenosi è rappresentato dalle feci a nastro, ma è questo un sintomo non caratteristico della stenosi. In questa fase è ancora la suppurazione che domina la scena: la rettorrea è intensa, stanca il malato.

Solo l'esame fisico però permette di porre la diagnosi. L'esplorazione digitale è di regola sufficiente, la rettoscopica è utile per i restringimenti alti e permette sopratutto di apprezzare l'altezza delle lesioni.

L'evoluzione è estremamente variabile. In un primo periodo il restringimento resta latente, poi compaiono i sintomi funzionali locali, infine l'ammalato dimagra e finisce per soccombere per cachessia.

La durata è però in genere di parecchi anni.

La prognosi è delle più gravi perchè il restringimento infiammatorio è difficile a trattare, dà frequenti recidive e può dare complicazioni (fistole, artropatie, cellulite pelvica, peritonite, pelvi-peritonite, ecc.).

La diagnosi è in genere facile, a condizione di eseguire l'esplorazione rettale. Una diagnosi particolarmente delicata è quella di restringimento perirettale. In questo caso però il dito che esplora fa scivolare la mucosa sul restringimento, poichè si tratta di lesioni profonde del tessuto connettivo perirettale. Il cancro può dar luogo a difficoltà di interpretazioni solo quando prende la forma infiltrata, di linite plastica.

Fatta la diagnosi di restringimento, sorge la quistione della varietà. Il restringimento congenito può essere difficile a riconoscere quando ad esso si sovrappongono delle lesioni di rettite. La nozione degli antecedenti manca raramente nel restringimento cicatriziale ed orienta subito la diagnosi.

Se si tratta, infine, di un restringimento infiammatorio, un problema molto difficile resta a risolvere, quello dell'etiologia. Fournier ha difeso l'origine sifilitica, ma oltre all'assenza di lesioni istologiche specifiche, oltre alla inefficacia del trattamento, un argomento contro questa ipotesi sembra decisivo, ed è che alcuni malati portatori di restringimento, hanno potuto contrarre ulteriormente la sifilide. È però indiscutibile che un certo numero di malati sono manifestamente sifilitici.

L'importanza della blenorragia è innegabile. Spesso è però difficile mettere in evidenza il gonococco, cosicchè è ancora difficile precisare il ruolo esatto della blenorragia. Anche l'ulcera molle ha importanza sicura. Infine recentemente è stata messa in evidenza l'importanza della malattia di Nicolas-Favre. A questo proposito, recentemente è stato provato che è possibile, inoculando ad una scimmia del materiale prelevato da una vegetazione in un malato di ano-rettite ulcero-vegetante, ottenere una meningo-encefalite come si ottiene inoculando una emulsione ganglionare ottenuta da un ammalato di linfo-granulomatosi subacuta.

Quanto alla sodomia, essa esiste quasi costantemente in questi malati.

Il trattamento è anzitutto sintomatico. Si cercherà di lottare contro il dolore, la costipazione, sopratutto la suppurazione. Quindi supposte al bismuto e al collargolo, piccoli lavaggi a base di sostanze non irritanti, radioterapia. Il trattamento etiologico va tentato per quanto spesso non dia risultati. Localmente, alla dilatazione semplice, si preferirà la dilatazione diatermica, che dà eccellenti risultati. Il trattamento chirurgico avrà, il più spesso, una azione palliativa (ano iliaco sinistro, temporaneo o definitivo). L'ablazione si potrà tentare solo in casi in cui le lesioni siano limitate. Le recidive sono frequenti. C. TOSCANO.

RENI E VIE URINARIE.

Carbonchio del rene.

(J. MACMYN. *The British Journal of urology*, marzo 1932).

L'Autore ricorda come i casi di carbonchio del rene, finora pubblicati nella letteratura, ammontano a 45 a cui ne aggiunge altri due suoi che trascrivo qui brevemente.

Il primo caso non presenta nulla di particolare. Trattavasi di una ragazza di 15 anni

che nell'aprile del 1929 ebbe un'affezione carbonchiosa alla natica trattata e guarita. Dopo pochi giorni la paziente ebbe febbre accompagnata da dolore alla regione lombare destra interpretato da un sanitario come colecistite.

Fatta una laparatomia esplorativa fu trovato del liquido fluido da cui si ottenne una cultura di streptococchi. Nonostante non si rilevassero delle alterazioni, venne praticata l'appendicectomia. Mancavano segni riferibili a lesioni del tratto urinario. Dopo l'intervento furono praticate iniezioni di siero antistreptococcico. Persistevano però inspiegabili rialzi di temperatura. Visitata da Thomson, questi rilevò lieve dolore alla regione renale di destra e una resistenza muscolare. Urine negative. Nel sangue leucocitosi (13,800). Colla radiografia si vide il rene un po' ingrandito. Venne praticata la nefrectomia e venne riscontrata una grave necrosi al polo superiore del rene. Subito dopo l'intervento la temperatura cedette, però, saltuariamente si ripresentò insieme alla comparsa di piccole vescichette lungo la linea operatoria. In fine guarì definitivamente.

Caso 2°. Questo riguarda un uomo di a. 22 che nel nov. 1930 venne accolto all'Ospedale accusando un dolore addominale ed una debolezza progressiva con forte diminuzione di peso. (In 12 mesi aveva perso 20 chili). Tre mesi fa ebbe per quattro giorni diarrea a cui era seguito un vivo dolore al lato destro dell'addome accompagnato da anoressia e debolezza crescente. All'esame clinico nulla di rilevante. Tutti gli esami negativi per tbc. L'esame del sangue fece rilevare una grave anemia. Esame cistoscopico negativo. L'esame pielografico coll'uroselectan mostrò il rene sinistro sano, la pelvi e i calici del rene destro non si riempirono. Dato che l'ammalato era molto depresso fu somministrata dell'adrenalina, e venne fatta una trasfusione di sangue per migliorare l'anemia. All'intervento praticato da Everidge fu trovato un grosso ascesso perinefritico e molti altri piccoli ascessi contenenti pus denso di colorito giallo. Ritenuta impossibile la nefrectomia venne praticato un drenaggio. Le condizioni generali peggiorarono sempre più e dopo un mese l'infermo morì.

All'autopsia il rene era trasformato in un tessuto fibro-grassoso degenerato, in parte necrotico. Vi erano molte cavità ascessuali da dare l'impressione di un favo. Dal pus si coltivò lo stafilococco. Il cuore era piccolo ed anemico. La capsula surrenale destra era distrutta. L'importanza di questo caso sta nel fatto che non vi erano nella storia del paziente precedenti infettivi cutanei. Inoltre l'esistenza di un Addison con mancanza della tipica pigmentazione il che farebbe pensare ad una causa insolita della forma Addisoniana.

L'A. osserva che gli uomini sono più colpiti delle donne.

Nella maggior parte dei casi l'agente infettivo è rappresentato dallo stafilococco aureo. Una caratteristica spiccata è l'assenza dei sintomi urinari: disuria, nicturia. La funzione renale di solito non appare molto alterata. La cura consiste ordinariamente nella nefrectomia; nei casi di infezione limitata ad un polo si può tentare l'incisione della parte malata e il drenaggio. Generalmente simili metodi conservativi non sono sufficienti. SCANDURRA.

Ectopia renale bilaterale.

(P. E. McCOWN. *The Journal of Urology*, dic. 1929, vol. XII).

L'A. ricorda che i casi di ectopia renale unilaterale finora pubblicati ascendono a circa 300 di cui 22 casi occorsi nella Clinica di Mayo, dal gennaio 1910, al giugno 1926. mentre i casi di ectopia renale vera bilaterale l'A. li riduce a soli 26 compreso il suo caso, nonostante ne siano stati pubblicati molti altri.

L'A. divide i 26 casi secondo la posizione anatomica: lombo-iliaci i casi di Karl Joseph e Bryan; iliaci quello di Armstrong; casi pediatrici di G. H. riportati da Darner, oltre quelli di Pasteau Thomson Watts, Potherat e Mordret, ecc.

Reni pelvici: quelli di Ange, Tenchini, Miclot e Henyer, Green e Brooks, Werth, Elisher, Darner, Harpster, Walthers, Du Bose, Looney e Dodd, Tinney e il caso dell'A.

L'A. rammenta come sia comune trovare associate altre anomalie all'ectopia renale: anomalie vasali, ectopia testicolare, mancanza di una capsula surrenale, spostamenti di visceri: stomaco intestino ecc. Però più di frequente si associano anomalie a carico degli organi genitali interni ed esterni e di altri organi che originano dalla cloaca. Nelle donne si possono associare anomalie a carico degli organi che sorgono dai dotti di Mueller.

Nelle ectopie unilaterali, tanto nell'uomo che nella donna le anomalie genitali si trovano generalmente dallo stesso lato dell'ectopia renale.

I reni ectopici sono generalmente più piccoli dei normali. Nell'ectopia bilaterale i reni possono essere fusi e trovarsi molto vicini alle pelvi; il sinistro è generalmente più basso del destro.

Gli ureteri sono normali ma brevi a meno che non vi sia un'anomalia della vescica. I reni ectopici possono essere lobati. Essi sono vascolarizzati dai vasi prossimali al livello in cui si trovano; quelli pelvici ricevono le loro arterie o vene generalmente dalle comuni iliache; quelli del piccolo bacino ricevono i loro vasi dalla parte inferiore dell'aorta e dalla vena cava. I reni spostati possono funzionare normalmente. Le forme patologiche cui vanno in-

contro sono: pielo-nefriti, idronefrosi, sarcoma e tubercolosi. Prima dell'uso della cistoscopia predominavano i casi nella donna, tanto alla diagnosi clinica come nelle autopsie. Ma gli ultimi dieci casi mostrano la predominanza nel sesso maschile. La sintomatologia è vaga, consiste in dolori sacroiliaci dorsali, dolori nella parte inferiore dell'addome irradiantisi spesso ai lombi. È stato riferito coito doloroso. L'esame vaginale nella donna e quello rettale nell'uomo potranno, in casi di ectopia pelvica farci scoprire una massa, ma questa osservazione spesso ci porta alla diagnosi di pus nelle trombe, di fibroma o sarcoma. La diagnosi si può fare mediante il cistoscopio, il cateterismo ureterale e i raggi X.

Dei 26 casi surricordati 16 furono trovati all'autopsia e dieci casi sono clinici.

Dal punto di vista della cura la pielite nei reni ectopici può essere trattata nello stesso modo come nei reni in posizione normale. Nei casi non fusi si potrà fare la nefrectomia. L'unica difficoltà è la ricerca ed il controllo dell'irrorazione sanguigna.

In alcuni casi è favorevole la pielotomia. Non sembra indicata la nefrotomia. Tentativi di fissare il rene ectopico ad un livello superiore non hanno generalmente dato buoni risultati a causa della brevità degli ureteri e dell'irrorazione sanguigna ostacolata. La gravidanza in questi casi richiede il taglio cesareo. Il parto è lento e difficile. SCANDURRA.

Epitelioma primitivo dell'uretere. Diagnosi clinica.

(E. DAVIS e A. SACHS. *Journ. of the Am. Med. Assoc.*, vol. 96, n. 25, 20 giugno 1931, p. 2096-2098).

Gli AA. riportano un caso di un uomo di 70 anni che si lagnava di qualche po' di febbre e irritazione vescicale e che un anno prima aveva avuto crisi passeggere d'ematuria mentre gli esami urologici avevano rilevato solo una modica ostruzione prosatica e un ureterogramma aveva fatto sospettare un difetto di riempimento al di sotto della cresta iliaca.

Dopo circa un anno s'erano avute febbri fino a 40°, minzioni frequenti e con bruciore e leggera ematuria che persistettero con varia intensità fino alla sua osservazione da parte degli AA., epoca in cui si riscontrava: modica ipertrofia prostatica senza ristagno vescicale, modica piuria, temperatura 37°,8; alla cistoscopia (dopo un'ematuria abbondante) dall'uretere destro urina chiara, col cateterismo dell'uretere sinistro, raggiungendo il bacinetto urina chiara; subito dopo dallo spazio tra catetere e sbocco ureterale getti sanguinolenti; ritirando fino al 3° inferiore il catetere da questo fuoriusciva urina sanguinolenta. L'esame dei reni non dimostrava niente di patologico; nessuna ombra sospetta nelle regioni renali e ureterali; ureterogramma destro normale mentre l'ureterogramma sinistro mostra un netto difetto di riempimento quanto un'oliva a livello della 1ª vertebra sacrale e al disopra lieve dilatazione.

Diagnosticato un tumore ureterale sinistro, si consigliava la nefrectomia e l'ureterectomia completa ma l'accettazione veniva prorogata. Dopo un mese e per la durata di due giorni insorgevano brividi, elevazione della temperatura a 40°,5, dolore acuto nel fianco sinistro, prostrazione estrema, cianosi, polso frequente e caduta della pressione. Il cateterismo ureterale sinistro dava urina ematica, cellule di pus e bacilli. Seguiva un abbassamento di temperatura; dopo 5 giorni con anestesia al protossido di azoto si pratica la nefrectomia sinistra. Poichè il rene e il bacinetto apparivano macroscopicamente e microscopicamente normali e il malato per un anno non presentava alcun sintoma si prorogava a tempo indeterminato l'ureterectomia.

Un ureterogramma fatto 3 mesi dopo l'intervento mostrava il difetto di riempimento notato prima.

Una cistoscopia eseguita 10 mesi dopo l'operazione fece vedere getti spasmodici di sangue dall'orificio ureterale del lato nefrectomizzato. L'ureterectomia, con anestesia rachidea, mostrò un uretere normale tranne che all'unione del 3° medio coll'inferiore in cui si notava un rigonfiamento fusiforme quanto un'oliva. Alla sezione si vedeva il tumore fissato per un sottile peduncolo alla parete posteriore dell'uretere e al di sotto un gruppo di piccole metastasi. Istologicamente il tumore, originantesi dalla mucosa ureterale, era un epitelioma papillare come quelli che si incontrano nella vescica o nel bacinetto. Le cariocinesi erano molto rare. SCANDURRA.

MEDICINA COSTITUZIONALE.

Rapporti fra decorso delle malattie e costituzione.

(R. SIEBECK. *Münch. med. Wochens.*, 5 agosto 1932).

Col nome di costituzione s'intende oggi la reattività dell'individuo la quale determina la sua capacità di prestazione e di adattamento e specialmente la sua capacità di reagire alle influenze patogene. Si indica così la situazione generale della persona in rapporto con l'ambiente, quale si viene sviluppando sulle disposizioni ereditarie sotto le continue influenze della vita. La disposizione ereditaria ha una parte preponderante nella costituzione ma, nel linguaggio medico, il concetto della prima non va equiparato a quello di costituzione.

Si comprende che il decorso della malattia dipenda anche dalla costituzione, cioè dalle

condizioni che si trovano nell'organismo e non soltanto dalla disposizione ereditaria, ma altresì da quelle determinate dall'infezione stessa.

Noi ci attendiamo oggi i progressi della scienza dai nuovi metodi di ricerca, quali ci sono dati p. es., dalla batteriologia e dalla chimica. Ma la costituzione è qualche cosa di complesso e di indivisibile non riducibile a misure, a numero, a formule. Solo uno sguardo nella storia della vita ci può dare un'idea di essa e tutt'altro che completa. Ma ci si presenta poi il problema se il suo studio sia realmente fecondo o se invece il concetto di costituzione non ci offra altro che un comodo sotterfugio nel caso che non si comprenda la genesi di un determinato stato. E qui sta realmente il pericolo; non si deve, quindi, mai accontentarsi di prendere la costituzione per qualche cosa di determinato, ma invece si dovrà continuare a ricercare i momenti per cui essa ha avuto origine. In un altro campo, è proprio per avere tentato di risolvere il problema della costituzione che Freud è arrivato alla conoscenza del significato delle esperienze antecedenti.

È noto che si è tentato di stabilire i *tipi costituzionali*. Quelli di Sigaud: muscolare, cerebrale, respiratorio e digestivo. La divisione di Kretschmer ha trovato, negli ultimi tempi, molti seguaci: leptosomi (astenici) picnici ed anche gli atletici sono dei tipi abbastanza netti, oltre ai varii tipi displastici. Poco però vi è di concreto sui rapporti di questi tipi col decorso delle malattie nè, d'altra parte, bisogna dimenticare che la struttura del corpo si modifica in dipendenza delle funzioni e delle malattie.

Anche la dottrina dell'*ereditarietà* ha dato un nuovo impulso alle ricerche sulla costituzione, specialmente con lo studio delle famiglie e della patologia dei gemelli. Ma in tutto questo campo vi è il pericolo di arrivare soltanto a considerazioni vaghe e nebulose, per cui l'A. ritiene più conveniente studiare alcuni esempii concreti che dimostrino i rapporti fra costituzione e decorso delle malattie.

MALATTIE INFETTIVE ACUTE.

Si comprende che il decorso di queste dipenda dalla specie e dalla massa dell'agente che le provoca. Ora, noi abbiamo cognizioni abbastanza precise sulle proprietà dei singoli agenti, ma non sappiamo nulla o quasi sul loro numero e sulla virulenza. Quindi, anche per quanto riguarda l'agente dobbiamo contare su quantità sconosciute e non attribuire senz'altro alla costituzione le diversità nel decorso. Ad ogni modo, una cosa è certa, che cioè esiste una resistenza costituzionale (specifica o non) contro l'infezione, cioè contro l'insediarsi dell'agente infettivo nel corpo, una resistenza contro la diffusione dell'infezione, contro le complicazioni, e così via. Noi sappiamo che gli obesi, i cifoscoliotici, gli esauriti, i vecchi con lesioni del sistema vasale sono particolarmente messi in pericolo. D'altra parte, però, non mancano osservazioni di individui robusti, che non sono mai stati malati ed in cui la malattia ha un decorso grave; tipi di tal genere si osservano con maggiore frequenza in certe famiglie. L'A. ha veduto dei fratelli rimasti sempre sani, ma in cui la prima infezione ha assunto un decorso grave che ha portato alla morte. La nefrite scarlattinosa dipende in gran parte dal genio epidemico, ma non vi sono estranee delle predisposizioni familiari.

TUBERCOLOSI.

I rapporti della tubercolosi con la costituzione rappresentano una questione molto dibattuta. È nota l'importanza del decorso della prima infezione e dell'immunità specifica, della specie e del modo dell'infezione successiva. Ma, anche tra i figli di tubercolosi che sono esposti alle identiche condizioni d'infezione, il decorso della malattia può essere del tutto diverso. Indubbiamente vi hanno dei momenti costituzionali non specifici, come p. es., lo stato di nutrizione. Ma anche alla struttura del corpo si attribuisce uno speciale rapporto con la tubercolosi. Gli astenici dal torace lungo e stretto ammalano di preferenza di tubercolosi; ma non bisogna dimenticare che il così detto torace tisico può essere la conseguenza di malattie tubercolari. È noto che in bambini che hanno sofferto a lungo di tali malattie, si può avere un infantilismo secondario.

Da ricerche di Luxenburg risulta un rapporto fra disposizione schizofrenica e scarsa resistenza alla tubercolosi. Non si deve però trascurare la considerazione che gli schizofrenici vivono in condizioni somatiche sfavorevoli. Ad ogni modo, paragonando la mortalità per classi di età nei genitori e nei fratelli di schizofrenici, di maniaco-depressivi e della media della popolazione, si è trovato che essa è molto maggiore nelle famiglie degli schizofrenici. Risulta poi che la disposizione per cui si combinano la scarsa resistenza alla tubercolosi, la disposizione alla schizofrenia e la struttura leptosomica è un carattere ereditario recessivo.

Più importante è il vedere il decorso della tubercolosi in rapporto con la costituzione. È noto che gli attacchi acuti che hanno grande importanza nel decorso della tubercolosi e gli infiltrati perifocali si presentano più spesso non già negli astenici ma bensì nei pastosi, negli essudativi, negli individui con sistema vegetativo labile e nei periodi di labilità vegetativa (pubertà, gravidanza, puerperio).

Per quanto riguarda i gemelli, le ricerche di Diehl e di v. Verschuer hanno dimostrato che la tubercolosi tende ad assumere lo stesso decorso nei gemelli monoovulari, mentre nei biovulari, si ha spesso un decorso discordante,

sicchè tali autori concludono che la disposizione ereditaria ha grande importanza nella tubercolosi. Tali osservazioni e conclusioni non sono però rimaste senza contrasto.

Risulta in complesso che, nel campo delle malattie infettive, è importante considerare distintamente le condizioni interne ed esterne della genesi e dello sviluppo della malattia, senza però essere troppo unilaterali. Per quanto riguarda la costituzione, si tenga presente che con essa non si può risolvere il problema dell'eziologia, ma piuttosto quello dell'aspetto della malattia.

LE MALATTIE DA USURA.

Mentre nelle malattie infettive si ha un momento eziologico obbligato, esogeno e che offre certe probabilità di decorso, vi è un altro gruppo di malattie in cui non è riconoscibile una causa esterna determinata e che si osservano ad un'epoca tardiva della vita. Sono le così dette malattie da usura, fra cui si possono citare quelle del sistema arterioso che vengono per lo più oggi indicate come ipertonia essenziale, concetto che non va equiparato a quello di arteriosclerosi, sebbene vi siano con esso delle strette connessioni.

L'ipertonia essenziale è una tipica malattia costituzionale, in cui troviamo due fattori etiologici essenziali, l'età e l'eredità. Ma anche altri fattori hanno la loro importanza, fra cui è generalmente noto l'abuso del tabacco. In parecchie forme si dovrebbe considerare anche l'elemento infettivo; i limiti fra ipertonia essenziale e nefritica non sono netti; la seconda è di origine infettiva.

Appunto in queste malattie, sia nell'infezione, sia per le lesioni tossiche, ha importanza decisiva la costituzione, cioè la reazione individuale alle azioni dannose. Anche questa disposizione costituzionale si sviluppa nel corso della vita in seguito all'usura e ad azioni dannose diverse spesso nemmeno riconoscibili, ma è indubbiamente determinata da una disposizione ereditaria. Sono note le famiglie in cui si hanno numerosi casi di ipertonia, di accessi apoplettici od anche di angina pectoris.

Quanto più giovane è il malato con ipertonia, tanto più è rilevante in esso la tara ereditaria, non solo ma tanto più la malattia assume un carattere di progressività; quanto minore è la resistenza costituzionale quanto più rapidamente si sviluppa la malattia che prende un decorso sfavorevole; certamente agiscono anche le cause esogene, quali infezioni, la lues, il tabacco, il piombo, ecc.

Nell'ereditarietà della disposizione all'ipertonia, agiscono anche altri fattori. Dalla reattività del sistema vasale dipende l'installarsi dell'alta pressione e la tendenza alle modificazioni strutturali dei vasi. Così pure il fattore ereditario può entrare nella predilezione delle lesioni vasali per un determinato organo, cervello, pancreas, ecc. Ma lo sviluppo di questa disposizione durante la vita e, quindi le manifestazioni dela malattia, dipendono anche dal temperamento e dal carattere e da ciò che è tanto importante per la genesi dell'ipertonia, l'intensità della vita, la irrequietezza, la continua agitazione, nonchè la tendenza ai pasti copiosi, al bere ed al fumare.

Nella genesi dell'ipertonia agiscono molti fattori nocivi non specifici, ma è di grande importanza il modo con cui l'organismo reagisce a tali fattori. Di fronte a molti che sopportano bene grandi dosi di tabacco, ammala proprio quello che è il più parco; l'A. ricorda il caso di un uomo morto a 55 anni con la più grave arteriosclerosi e che dal 17° anno di vita non aveva mai consumato nè carne, nè alcool, nè tabacco.

I DISTURBI FUNZIONALI DEGLI ORGANI VEGETATIVI.

Vi è una disposizione costituzionale per tali disturbi, sicchè in certi individui le funzioni vegetative vengono facilmente squilibrate per l'influenza di fattori corporei od anche psichici. In uno, p. es., si ha copioso sudore dopo una tazza di caffè, in un altro dei bruciori di stomaco dopo un sigaro, in un terzo lo spavento produce la diarrea. Il sistema di regolazione della vita vegetativa è in tali individui assai labile, per la cui funzione subisce una deviazione per uno stimolo comune. Pur non ammettendosi più l'antagonismo tra vago e simpatico, è rimasto il concetto della labilità sia del sistema vegetativo, sia di uno o più organi. Si può pertanto parlare di minorazione non soltanto di organi, ma di sistemi, quale si trova non raramente negli astenici.

Tutto questo, inteso nel senso di costituzione, può essere ereditato od acquisito; così, p. es., dopo la dissenteria rimane una labilità costituzionale dell'intestino.

Fenomeni analoghi a quelli dei labili vegetativi si trovano nei neurotici; però non tutto quanto ha origine psichica va considerato come neurotico, ma soltanto quando si tratta di una dinamica psichica abnorme. Nei labili vegetativi degli stimoli normali determinano reazioni organiche morbose.

Come esempio del rapporto fra labilità vegetativa e malattia organica è da citarsi l'ulcera peptica gastrica o duodenale, in cui si ha questa sequela di fenomeni. 1) Stato irritativo dello stomaco con funzione abnorme e tendenza a reazioni esagerate della motilità, della secrezione, delle emorragie della mucosa (Diatesi vasoneurotica con complesso sintomatico spastico-atonico). Può trattarsi di un disturbo puramente funzionale, ma sulla base di una labilità vegetativa; vi sono però stretti rapporti con quanto si considera oggi come gastrite e sul terreno di queste alterazioni funzionali può

svilupparsi un'ulcera. 2) Una volta che questa si è formata, si mantiene lo stato irritativo e si arriva così ad un circolo vizioso fra disturbo funzionale e lesione organica. 3) Entrambe hanno però la stessa origine costituzionale, nella tendenza sia al disturbo funzionale, sia alla lesione organica. E si hanno così dei rapporti analoghi a quelli fra ipertonia ed arteriosclerosi.

L'influenza della costituzione si fa sentire anche sul decorso della malattia. L'ulcera, in questi labili vegetativi, mostra speciali caratteristiche: predominano i dolori, le recidive sono più frequenti e si ha una speciale reazione al trattamento. Si deve, in questi individui andar cauti anche per l'intervento operativo, in quanto che essi hanno frequenti complicazioni postoperative, specialmente gravi disturbi della peristalsi, per cui le probabilità di guarigione sono minori a causa proprio della disposizione costituzionale.

Tipici sono nei disturbi funzionali vegetativi la periodicità, la dipendenza dalle stagioni, i rapporti con lo stato generale psichico e somatico. Tipica è anche la coordinazione dei diversi organi, così fra lo stomaco e l'intestino; con l'ulcera troviamo la costipazione spastica, con gli stati irritativi dello stomaco, con o senza ulcera, troviamo le malattie delle vie biliari. Anche nelle diarree gastrogene, il disturbo intestinale non è soltanto conseguenza dell'achilia (che spesso manca), ma si tratta di disturbi coordinati.

Tutto ciò ha importanza pratica, poichè malattie di tal genere vanno considerate sotto il triplice punto di vista funzionale, neurotico ed organico ed il trovare, p. es., un fatto positivo (ulcera) non deve fare trascurare il lato neurotico e viceversa.

Nel concetto di costituzione, entra la disposizione ereditaria, ma questa non è tutto. Costituzionale non è già la « malattia », nè la sua « eziologia », ma bensì l'aspetto della malattia nel singolo individuo.

Il concetto di costituzione è generico e complessivo; essa contiene un giudizio medico basato sull'insieme della personalità del malato e della sua posizione; dalle singole porzioni che possono aversi dalla conoscenza dei rapporti del malato col suo ambiente, non si può comporre la costituzione. Questa non è un concetto derivante dall'analisi, ma bensì sintetico. È però indispensabile che il medico la consideri; essa non conduce certamente alla diagnosi di malattia e rifugge anzi dal rigido schematismo; essa ci conduce, invece, dalla diagnosi della malattia a quella individuale, cioè allo sguardo complessivo di tutta la situazione, delle particolarità della persona malata e della sua posizione in rapporto alla vita, e questo è appunto il compito della diagnosi medica.

fil.

PROBLEMI DISCUSSI.

Particolare interesse dello studio delle case da cancro e modo di organizzarlo.

(M. CHATON. *Bull. Acad. de Méd.*, 21 giugno, 1932).

La casa da cancro è quella nella quale con una particolare frequenza si è costatato simultaneamente o successivamente un certo numero di casi di cancro, in persone spesso non vincolate da alcun legame di parentela.

Esistono nella letteratura medica molteplici osservazioni di case nelle quali i casi di cancro si sono presentati con una frequenza impressionante e insolita.

La casa da cancro appare di un valore eccezionale per lo studio della etiologia di questa malattia. È perciò necessario sottoporla ad indagini molto vaste ed accurate.

L'A. propone la costituzione di una Commissione di studi che proceda ad una inchiesta minuziosa e che sia così composta:

1) un anatomo-patologo; 2) un batteriologo; 3) un parassitologo; 4) un botanico (specializzato in micologia); 5) un geologo; 6) un medico patologo generale, incaricato di dirigere le operazioni scientifiche, trarne i risultati e redigere la relazione.

Questi obbiettivi principali dovrebbero essere all'ordine del giorno:

a) Situazione generale della casa sospetta: in rapporto al suolo (natura del terreno, relazione con i corsi d'acqua, umidità); in rapporto al clima (temperatura, venti predominanti, situazione rispetto al sole).

b) Studio della flora e della fauna circostanti: alberi e foreste, coltivazioni; ripartizione topografica delle une e delle altre; mosche; animali domestici, loro parassitismo.

Condizioni igieniche generali della regione e della casa in particolare.

c) Studio della flora e della fauna della casa.

Questa ricerca, della massima importanza dovrebbe essere condotta dalla cantina al granaio, insistendo particolarmente sugli appartamenti e sulle camere dei malati.

a) Prelevamenti delle polveri e delle acque di lavaggio provenienti dal suolo, muri, pavimenti, oggetti, mobili. Ricerca dei microbi, funghi, parassiti.

b) Cattura dei sorci, scarafaggi, ragni, mosche, pulci, pidocchi, ecc.

Esame metodico degli animali catturati, loro sezione e ricerche negli organi di microbi, protozoi, funghi.

d) Studio attuale o retrospettivo di ogni malato.

1) Natura esatta dei cancri osservati (esame anatomo-patologico).

Antecedenti ereditari, collaterali e personali di ogni malato; condizioni igieniche speciali a ciascuno di essi;

2) studio batteriologico e parassitario delle escrezioni, secrezioni e pelle.

Relazione dei diversi malati tra loro.

L'A. è convinto che da un tal genere di ricerche ch'è di una enorme complessità, scaturirà certamente qualche nuova luce capace di rischiarare il problema tanto oscuro e angosciante della etiologia del cancro. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. CLERC. *Problèmes actuels de pathologie médicale.* Vol. in-8° di pagg. 332. Masson et C. Paris, 1932. Fr. 40.

Clerc ed i suoi collaboratori (Aubertin, Bernard, Brulé, Labrol, Chevallier, ecc.) hanno pensato che oltre alle conferenze destinate agli studenti, poteva riuscire utile un corso che interessasse sia i futuri medici, alla vigilia di terminare i loro studii, e sia i pratici desiderosi di tenersi al corrente dei progressi della medicina. Nacque così il *Corso complementare* tenuto ogni anno alla fine del semestre estivo. In questo volume sono appunto raccolte 12 lezioni, riguardanti gli argomenti più varii, come l'agranulocitosi, la riserva alcalina, le emorragie dei capillari, le tachicardie permanenti regolari, gli itteri infettivi, la gangrena polmonare cronica, ecc. ed ogni lezione, trattata ognuna da uno specialista riconosciuto, rappresenta la messa a giorno di un capitolo della patologia medica. A. POZZI.

M. LABBÉ, H. LABBÉ, F. NEPVEUX. *Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition.* Vol. in-8° di pagg. 886 con 135 fig. Masson et C. Paris, 1932. Fr. 140.

È un libro diretto nel medesimo tempo ai pratici, perchè contiene le nozioni indispensabili sulla funzione della nutrizione e della digestione ed a coloro che si occupano di laboratorio essendovi descritti tutti i migliori metodi per le analisi del sangue e delle escrezioni, la determinazione dei bilanci, le misure del metabolismo.

Per ogni caso clinico infatti è indicato ciò che deve essere cercato, come cercarlo, e ciò che si può dedurre dalle ricerche effettuate di laboratorio.

Il libro è diviso in 3 parti: nella prima sono studiate le grandi sindromi patologiche della digestione e della nutrizione (obesità, gotta, diabete) sindromi gastriche, intestinali, pancreatiti, renali, epatiche, con le turbe fisiologiche che le caratterizzano, il modo di metterle in evidenza con le analisi del sangue, delle urine, delle feci, l'interpretazione dei risultati del laboratorio per la diagnosi e la prognosi.

Nella seconda parte, sono esaminati gli elementi costituenti dell'organismo, i minerali (carbone, cloro, sodio, calcio, fosforo, zolfo) e gli organici (proteidi, ecc.) con uno studio di insieme sul loro metabolismo nel corpo umano.

A questa parte si collega lo studio dell'equilibrio acido basico, le deviazioni verso l'acidosi o l'alcalosi, le tecniche di ricerca, e lo studio degli scambi respiratori con l'indicazione del metodo di ricerca ed il suo interesse per la clinica.

Nella 3ª parte infine sono esposte le tecniche d'indagine sugli umori, sulle escrezioni (urine e feci) sulle secrezioni (succo gastrico e pancreatico, bile). A. POZZI.

Medical and Surgical Reports of the Episcopal Hospital. Vol. VI. Un vol. in-8°, di pag. 460, con molte fig., rilegato. Press of WM. J. Dornan, 1930.

Il grosso volume che è stato pubblicato in occasione del sessantacinquennio di fondazione dell'Ospedale vescovile protestante di Philadelphia contiene anzitutto cenni storici sull'ospedale stesso e la biografia di R. H. Harte, che vi fu apprezzato chirurgo. Sono poi raccolti oltre una cinquantina di lavori in parte già pubblicati su riviste mediche, in parte scritti appositamente. Citiamo fra essi uno studio sul valore delle manifestazioni vaso- e pilomotorie nella diagnosi di tumori e di lesioni del midollo spinale, un altro di notevole mole sulla classificazione e sul meccanismo di produzione delle fratture del malleolo, altri sull'alopecia generalizzata, sulla neurite multipla consecutiva alla intossicazione da ossido di carbonio, ecc. *fil.*

Trabajos del Hospital Nacional de Enfermades infecciosas. Vol. II. Un vol. in-8° di 786 pag. con fig e tav. anche colorate. Editorial paracelso, Madrid.

Sono raccolti, in questo denso volume, gli studii ed i lavori fatti nel 1930-31 all'Ospedale Nazionale (ex Hospital del Rey), di cui è Direttore Manuel Tarpia, che ha curato l'edizione del volume.

Troviamo diversi lavori sulle piastrine in varie malattie (tifo esantematico, tifoide, processi respiratorii acuti, tubercolosi), un ampio lavoro del Tarpia sulla diagnosi differenziale delle sindromi agranulocitiche, un altro pure molto vasto e corredato da molte radiografie, sull'idatidosi epatica, a cui ha collaborato lo stesso Direttore. Un importante studio sull'evoluzione dell'infezione tubercolare del Dott. J. Torres Gost ed altri molti. Un insieme di oltre 50 lavori (alcuni dei quali di oltre un centinaio di pagine, vere monografie sull'argomento) che indicano l'attività e la solerzia di questa Scuola. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

RAFFAELO ALESSANDRI. — *L'Ospedale di Sansepolcro*. Città di Castello. Soc. Anon. Tipogr. « Leonardo da Vinci », 1931.

In questa monografia di 145 pagine, recentemente apparsa per i tipi della Soc. Anon. Tipogr. « Leonardo da Vinci » in veste assai pregevole, il dott. Alessandri espone la sua opera di chirurgo primario e di direttore dell'Ospedale di Sansepolcro durante un biennio.

In brevi paragrafi sono descritte le profonde modificazioni subìte dall'Ospedale sotto l'impulso del nuovo direttore.

Seguono alcuni capitoli dedicati ai criteri chirurgici seguiti dall'Alessandri nell'esame dei malati, nella loro preparazione agli interventi, nella cura chirurgica e nel trattamento post-operatorio.

La parte statistica della Monografia comprende 391 interventi, i quali sono divisi per regioni. Di ciascun caso sono forniti i dati principali per ciò che riguarda diagnosi, cura, esito. Alcuni interventi di maggiore interesse sono descritti più dettagliatamente.

L'esame di questa interessante monografia dimostra tutta l'alacre operosità dell'Alessandri, il quale in breve volger di tempo ha saputo dare una vita nuova all'Ospedale da lui diretto.

A. CH.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Sedute del 30 giugno e 16 luglio 1932.

Presidente: Prof. G. BOERI.

Sull'azione dell'ergotamina.

V. SUSANNA (Napoli). — L'O. ha studiato, valendosi della tecnica di Rothlin, l'azione dell'adrenalina, dopo somministrazione di ergotamina, alcaloide della segale cornuta ritenuto antagonista dell'adrenalina. Mentre Rothlin ha osservato che l'ergotamina inibisce e inverte l'azione dell'adrenalina sull'utero isolato di gatto e sulla pressione sanguigna, l'O. non ha mai ottenuto questi risultati sull'utero e sul cuore isolati di gatto e sulla pressione sanguigna del cane. Nel gatto ergotaminizzato invece, a vaghi sezionati e atropinizzati e con la legatura delle carotidi, l'adrenalina ha provocato talvolta lieve e fugace abbassamento della pressione, dopo del quale questa è ritornata al livello normale. Per l'O. tale ipotensione non sarebbe inerente ad azione paralizzante dei meccanismi vasocostrittori, come crede Rothlin, ma ad un riflesso vasale dovuto ai centri vasomotori, rimasti integri nelle indicate condizioni sperimentali.

Diverticolosi e diverticolite del colon.

G. CASTRONUOVO (Napoli). — L'O. presenta un soggetto sofferente da molti anni di stipsi ostinata e che faceva largo uso dei purganti. Negli ultimi tempi alle sue sofferenze, sempre più aumentate, si sono aggiunte piccole perdite emorragiche e crisi dolorose con febbre fino a 39° C. All'osservazione si riscontrava nella fossa iliaca sinistra una massa dura, dolente e meteorismo in tutto l'addome. Tali condizioni indussero a porre diagnosi di sigmoidite e perisigmoidite, che dopo un diligente esame radiologico fu modificata in quella di diverticolite.

L'O. espone l'ipotesi che una lipomatosi intestinale consenta alla mucosa di estroflettersi attraverso lacune, sia per vecchiaia, sia per la stasi intestinale, sia per enteriti che possono dar luogo ad ulcerazioni. Si determina così la stenosi.

Molteplici sono le cause di una diverticolite: congenite, meccaniche, traumatiche, spasmodiche; lo sforzo stesso della defecazione può dare origine a estroflessioni.

Nell'infermo presentato la stenosi è stata originata da una forma proliferativa. Ha migliorato col riposo, con la cura climatica, con una dietoterapia idonea, con gli antispasmodici, con l'olio di uliva e l'olio di paraffina. Aboliti i purganti o clisteri. Non si tratta di guarigione completa, ma di un miglioramento sensibile, tale da consentire all'atto operativo, se vi si dovrà ricorrere, un esito più favorevole.

Su di un caso gravissimo e raro di avvelenamento da eroina in individuo con assuefazione. Guarigione.

A. LOMBARDI (Napoli). — In un gravissimo avvelenamento da eroina, in uomo più che sessantenne, assuefatto da circa trent'anni all'alcaloide, l'O. oltre alle inalazioni di ossigeno, al ghiaccio, alle carte senapate, ai cardiaci e ai diuretici, partendo dal riconosciuto antagonismo atropina-morfina, volle tentare le iniezioni di solfato neutro di atropina e, nei giorni consecutivi, le pillole di belladonna. Risultato rapido; il paziente fu salvo. L'O. conclude che, come esiste un antagonismo atropina-morfina, esiste un antagonismo atropina-eroina.

R.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 aprile 1932.

Su alcuni casi di ulcera gastrica e duodenale perforata.

E. GIOJA. — L'O. riferisce su 12 casi di ulcera gastrica (7) e duodenale (5) perforata, da lui operati in circa un triennio nella Clinica Chirurgica di Pavia.

In 11 casi praticò la sutura dell'ulcera seguita da gastroenteroanastomosi complementare immediata con 8 guariti e 3 morti (mortalità 27 %). Dichiara pertanto che questo provvedimento, in casi di ulcera perforata a lui è sembrato abbastanza soddisfacente.

In un solo caso praticò la semplice sutura, perchè la perforazione aveva dato origine ad una vasta raccolta purulenta circoscritta tra fegato, parete anteriore dello stomaco e peritoneo della regione epigastrica, e pertanto la G. E. non era attuabile.

Il malato morì dopo 2 settimane per broncopolmonite destra e bronchite diffusa.

L'O. si sofferma a discutere la sintomatologia della perforazione dell'ulcera insistendo sul valore pratico che per la diagnosi ha — sopra tutti gli altri segni — la contrattura vera delle pareti addominali.

Su 12 casi, in 11 la diagnosi venne formulata in modo esatto. In un solo caso la diagnosi fu di perforazione dell'appendice mentre trattavasi di perforazione doppia di ulcera duodenale.

Di un segno cistoscopico della calcolosi ureterale.

E. Gioja. — In una giovane donna, affetta da ematuria, l'O. osservò il seguente quadro cistoscopico. Vescica sana; dal lato sinistro mitti ureterali susseguentisi in modo regolare; a destra stillicidio sanguigno al quale dopo lungo intervallo, fece seguito improvvisamente un profluvio di urina limpida; il defluire dell'urina durò almeno quindici secondi. Esisteva nella porzione intravescicale dell'uretere, un piccolo calcolo incuneato di forma triangolare, a margini taglienti, che fu estratto felicemente dall'O. per via combinata sottoperitoneale e intravescicale, essendo riusciti vani i tentativi incruenti di espulsione del calcolo stesso.

Ateroma, aortite e aneurisma dell'aorta.

A. Gandellini. — È stata studiata la pressione venosa bilaterale al braccio in casi di ateroma, di aortite e di aneurisma dell'aorta.

La pressione venosa si è presentata più elevata a sinistra o a destra in rapporto a compressioni esercitate sulla vena anonima sinistra o destra. Comportamento analogo è stato osservato in altre affezioni del mediastino (ghiandolari, neoplastiche, pleuriche e pericardiche).

Non si sono notati rapporti necessari fra pressione arteriosa e pressione venosa.

Sull'azione litica di alcuni germi del gruppo del B. mycoides su altre specie batteriche.

C. Callerio e C. Dolcini. — Gli OO., usando uno speciale terreno solido composto di agar comune nel quale sono incorporati i germi oggetto di studio (terreno agar-germi), hanno potuto osservare che nel gruppo del B. mycoides di Flügge si trovano ceppi dotati di forte potere litico su diverse altre specie di batteri patogeni e saprofiti. Tali lisine attraversano le candele Chamberland L 3, vengono invece trattenute dai filtri di collodio, sono termostabili, facilmente adsorbite dal coalino e dalla terra d'infusori. La nuova tecnica proposta riesce utile anche per mettere in evidenza i fenomeni di lisi interbatterica.

Seduta del 13 maggio 1932.

Contributo alla conoscenza della permeabilità del filtro neuro-ematico.

P. Ottonello. — Seguendo un procedimento di tecnica che garantisce dalla possibilità di una penetrazione diretta dei germi nel torrente circolatorio (laminectomia, otturazione del collodio del foro durale) l'O. ha inoculato nel cavo subaracnoideo spinale di quattro cani una sospensione di Trypanosoma Brucei in soluzione citrosodica. Dopo breve incubazione ha constatato la comparsa del protozoo nel sangue periferico accertando così la pervietà del filtro neuro-ematico di fronte all'agente del nagana.

Epidemia di Zoster e di Varicella.

A. Baccaredda. — Ha osservato una piccola epidemia stagionale di Zoster e di Varicella, che avevano andamento parallelo. Dopo aver riassunto lo stato attuale della conoscenza dei rapporti che intercorrono fra le due malattie, espone due casi di coincidenza di esse in persone della stessa famiglia. Nel primo: Zoster nel padre (tubercoloso e sifilitico) e varicella nella figlia di 16 anni (eredoluetica). Nel secondo: Zoster nella madre e varicella nei suoi tre bambini insorta in questi contemporaneamente, ciò che dovrebbe escludere un contagio dall'esterno.

Incubazione corrispondente a quella della varicella. Le due osservazioni deporrebbero per la possibilità di casi di varicella che seguono casi di Zoster.

Su di un caso di eosinofilia pleurica.

Dott. G. Cristiani. — L'O. descrive un caso di eosinofilia pleurica in cui ha riscontrato un tasso elevatissimo di eosinofili nel liquido pleurico (84 %) accompagnato da temporanea emoeosinofilia (13 %).

Dal complesso delle ricerche ritiene probabile che tanto l'eosinofilia del versamento quanto quella del sangue circolante sia l'espressione di cause non precisate e non precisabili d'origine locale.

Ricerche chimiche sulla milza nell'emottisi sperimentale del cane.

Dott. A. Fieschi. — L'O., dopo aver fatto numerose ricerche sulle sterine, ferro, azoto incoagulabile e residuo secco nella milza dei cani normali, riferisce di ricerche eseguite con emolisi sperimentale. Con acqua distillata per via endovenosa e con saponina si ottiene, con la prima un aumento spiccato del ferro, con la seconda specialmente delle sterine; con T. D. A. e con iniezione di eritrociti si ha un aumento sensibilmente parallelo tanto delle sterine che del ferro; l'N incoagulabile mostra variazioni indipendenti.

Ricerche sull'eliminazione del ferro e del bilinogeno nelle feci e nelle urine.

L. Cotti e A. Gandellini. — Gli OO. riferiscono di aver studiato in varie forme morbose — a preferenza emolitiche — il comportamento dell'eliminazione del Fe. e del bilinogeno nelle feci e nelle urine e non avrebbero osservato un evidente rapporto tra percentuale di Fe. e di bilinogeno tanto nelle feci che nelle urine. Per quanto riguarda la quantità assoluta di Fe. e di bilinogeno delle feci nelle 24 ore si noterebbe un andamento parallelo: mentre nelle urine il Fe. non varia neppure come quantità assoluta.

I legamenti laterali della vescica punti di repere nell'operazione d'ernia inguinale e d'ernia crurale.

T. Legnani. — L'O., in base all'esperienza propria, in base ai rapporti anatomici, ritiene i legamenti laterali della vescica punti di riconoscimento di questo organo nell'operazione d'ernia inguinale ed in ispecie nella crurale.

Il Segretario: Introzzi.

"IL POLICLINICO „ (Sezione Pratica):

☛ *In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:*

CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Direttori della R. Clinica Medica e della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma

Primo caso in Italia di asportazione di adenoma della paratiroide per osteite fibroso-cistica generalizzata.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Errori nella diagnosi dell'ipertireosi.

Molti pazienti affetti da ipertireosi sono invece erroneamente ritenuti come neurastenici, cardiopazienti, tubercolotici, diabetici, psicotici, asmatici, ecc. Per la diagnosi esatta, Ed. Bishkow (*The med. Herald*, febbr. 1932) raccomanda soprattutto la determinazione del metabolismo basale; se si trova un elevamento del 20%, si deve andare alla ricerca di sintomi che parlano per l'ipertireosi. Importante è la determinazione della pressione sanguigna; si trova che nell'ipertireosi, con una pressione sistolica elevata, quella diastolica è molto bassa, al contrario di quanto avviene nel cuore da ipertonia od eccitato.

Anche la psiche negli ipertereotici mostra caratteristiche diverse, p. es., da quella dei neurastenici; nel primo caso, si ha tendenza all'ottimismo, ai movimenti vivaci, all'eccitabilità nel linguaggio e nel contegno psichico, mentre nei neurastenici, si osserva del pessimismo e della lungaggine e indolenza nei movimenti. La somministrazione di soluzione di Lugol può chiarire la situazione, in quanto che essa migliora la tachicardia degli ipertireotici, mentre non ha azione in quelle di altra origine.

fil.

Sulla cura delle irradiazioni nel morbo di Flajani-Basedow.

J. Prüfer (*Münch. Med. Woch.*, 52, 1931), in base all'osservazione di alcuni casi di basedowiani che, in seguito alle irradiazioni cui furono sottoposti a scopo curativo, vennero a morte con tutti i segni di quello che Zondek chiama coma basedowiano e che si caratterizza per l'intensità dell'adinamia, pari e persino superiore a quella delle forme più gravi di Addison, richiama l'attenzione sui pericoli che questo genere di cura presenta.

Il radiologo Halberstädter (*ibidem*) riconosce la necessità di una grande prudenza nella irradiazione della tiroide, e consiglia di iniziare con dosi minime, o con la irradiazione della milza o del timo.

V. SERRA.

I pericoli del trattamento iodico preoperatorio nel morbo di Flajani-Basedow.

Secondo Westerhorn (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 165, pag. 712, 1931) una sospensione della somministrazione preoperatoria dello iodio può essere anche mortale per il malato e non deve essere fatta senza un motivo urgente. Se occorre interrompere la somministrazione di iodio occorre procedere con cautela e sorvegliando continuamente il malato. Se compare in queste condizioni peggioramento grave delle condizioni del malato, bisogna ricorrere subito alle somministrazioni di altissime dosi. È meno pericoloso di operare un malato in cui il momento favorevole provocato dallo iodio sia già sorpassato che interrompere la cura iodica per poi riprenderla.

In questi casi, quando il ricambio basale torna ad elevarsi si può ottenere un abbassamento di questo, se anche di breve durata, aumentando molto la quantità dello iodio ingerita.

Ad evitare le difficoltà, è da augurarsi che il paziente affetto da m. di Basedow non venga trattato con lo iodio se non nel periodo preoperatorio e dal chirurgo stesso; l'azione benefica dello iodio sul metabolismo basale e nelle condizioni generali del paziente è soltanto transitoria e raggiunge il massimo in 8-15 giorni, passato questo periodo sorgono gli inconvenienti che l'A. descrive.

P. VALDONI.

Atrofia surrenale e testicolare con sindrome Addisoniana.

In un uomo di 59 a., luetico che presentava una sindrome Addisoniana, C. Panà (*Riv. di Clin. Med.*, 30 genn. 1932), ha ritrovato all'autopsia uno stato di marcata atrofia delle ghiandole surrenali e di entrambi i testicoli.

Data la mancanza di lesioni a carattere specifico nelle surrenali, e per i caratteri principali delle alterazioni in esse presenti — estremo assottigliamento e perdita dell'architettura della parte corticale — questa alterazione assume i caratteri di un'atrofia primitiva, congenita delle surrenali.

Quanto alle lesioni testicolari esse erano troppo notevoli (alterazione profonda del tubulo, con permanenza di caratteri embrionali in alcuni di essi, e con fortissima diminuzione del peso testicolare rispetto al normale) per poter essere ritenute esclusivamente secondarie alle surrenali. L'A. pensa pertanto che la base della lesione testicolare, nel caso osservato e forse anche in casi consimili, debba ricercarsi in una deficienza di sviluppo avvenuta durante il periodo di formazione della sostanza interrenale o in quello immediatamente successivo. Conclude pertanto con l'ammettere un fattore disontogenetico primitivo del tessuto interrenale e un fattore tossico infettivo, rappresentato dall'infezione sifilitica.

C. TOSCANO.

Sui tumori della pineale.

W. Harris e H. Cairns (*The Lancet*, 2 gennaio 1932) riportano anzitutto brevemente i criteri generali di diagnosi dei tumori della pineale: data la particolare posizione dell'organo, i primi sintomi sono rappresentati da persistente cefalea, qualche fatto vertiginoso ed edema della papilla; seguono poi fa-

cilmente la ptosi palpebrale, la limitazione dei movimenti dello sguardo verso l'alto, e la rigidità pupillare; infine la pressione sui corpi quadrigemelli inferiori può dare origine a disturbi dell'udito. L'operabilità dei tumori della pineale è sempre rischiosa, specie per la possibilità di ledere la vena di Galeno; ma gravi conseguenze possono anche aversi per lesione di vasi tributari della vena di Galeno, onde gli AA. ritengono che gli interventi chirurgici su tumori della pineale siano tuttora in una fase non definitiva. Riportano quindi estesamente un caso di osservazione personale. L'incertezza però dei sintomi aveva dapprima fatto porre la diagnosi di tumor cerebellare e venne praticata una craniotomia posteriore decompressiva che non permise di constatare direttamente nessun tumore nella regione sospettata, e che portò ad una remissione dei sintomi riportabili all'aumentata tensione endocranica: ma permanendo ed anzi accentuandosi altri segni, quali la difficoltà dei movimenti coniugati degli occhi verso l'alto, la ptosi e la rigidità pupillare, fu pensato ad una lesione in sede di tubercoli quadrigemelli, il che fu confermato tra l'altro, da positivo reperto encefalografico, donde intervento chirurgico ed asportazione di un tumore della pineale, istologicamente del tipo dei cosidetti *pinealomi*, secondo Bailey, e che gli AA. minutamente studiano ed interpretano.

Vengono riferiti i dettagli di tecnica operativa ed il decorso postoperatorio complicato da una emiplegia, poi scomparsa, e da una permanente emianopsia omonima sinistra, con consecutiva ricomparsa di altri disturbi, per cui il paz. venne sottoposto a trattamento roentgenterapico con notevole successo: onde gli AA. ritengono che nel tipo di tumore osservato un trattamento con irradiazioni sia sempre indicato. Vengono infine discussi alcuni problemi di ordine chirurgico e di importanza diagnostica: ha importanza, tra l'altro, ricordare che dei tumori della pineale quelli che si accompagnano più facilmente a ipergenitalismo e a precocità sessuale sono quelli del tipo di teratomi; grande importanza ha anche la ptosi palpebrale isolata, senza compromissioni della funzione di altri muscoli innervati dagli oculomotori; la ventricolografia va sempre ben studiata e interpretata da radiologi esperti in questo campo. CH.

SEMEIOTICA.

La transilluminazione nella diagnostica delle affezioni mammarie.

Paul Ulrich (*Rev. franç. de Gynécol. et Ostétr.*, n. 4, 1932) fa una breve rivista di questo recente mezzo diagnostico.

Ricorda come Max Cutler nel 1929 fu il primo ad usare il metodo della transilluminazione nelle affezioni mammarie in una serie di 76 casi, e che di recente in una pregevole monografia di Cutler e Leuthal Cheatle sui neoplasmi mammari, il metodo è illustrato e valorizzato.

Tecnica. Praticare l'esame in una camera oscura o completamente buia. L'ammalata va messa seduta. La lampada transilluminante deve essere fredda e di sufficiente intensità; è preferibile se connessa con un reostato, come tutte le lampade endoscopiche, in modo che l'intensità della luce possa essere aumentata o diminuita.

Il transilluminatore viene applicato successivamente ai lati e nel solco sottomammario e la mammella schiacciata con le mani onde diminuirne lo spessore. Occorre regolare l'intensità della luce alla sede e volume del tumore. Per un tumore piccolo e superficiale occorre una scarsa intensità altrimenti la luce diffusa intorno al tumore maschera la sua ombra.

Il seno normale alla transilluminazione dà aspetti diversi a secondo della sua struttura e del suo stato fisiologico.

I seni voluminosi sono bene trasparenti per l'abbondante adipe; i seni magri poco per la ricchezza in connettivo.

La traslucidità diminuisce durante il periodo mestruale, avvenendo allora una abbondante desquamazione cellulare, essendo noto che le masse epiteliali e fibro-epiteliali sono di una media opacità.

I tumori cistici sono trasparenti, a meno che non abbiano contenuto ematico; il galattocele dà un'ombra nettamente circoscritta; l'ematoma dà un'ombra nera come l'inchiostro, a margini irregolari e sfumati verso i tessuti circostanti, anch'essi infiltrati di sangue; gli epiteliomi hanno un'ombra a margini sfumati persistente; i papillomi danno una o più ombre ben circoscritte a sede areolare o periareolare.

È in fondo un nuovo sussidio diagnostico che qualche volta ha risparmiato operazioni mutilanti avendo per la nettezza dell'ombra fatto pensare, alla benignità dell'affezione.

R. GRASSO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il carotene: potere ematopoietico.

L. Binet e M. Strumza (*La presse médicale*, 1932, n. 3) rilevano che fino a questi ultimi anni, l'interesse intorno al carotene era puramente biologico e se ne studiava la sua presenza come colorante diffuso nel mondo vegetale (carote, pollini gialli, spinaci, castagni ecc.) ed in certi elementi animali (giallo d'uovo, corpo luteo, burro, ecc.). Oggi, studiato fisiologicamente è all'ordine del giorno perchè sembra indispensabile alla crescita de-

gli animali. Non è certo la vitamina A stessa, ma la provitamina A, cioè la sostanza che ingerita dà luogo alla vitamina A.

Il carotene fu isolato 40 anni fa dall'Arnaud che ne stabilì la costituzione come carburo di idrogeno non saturo. La sua preparazione allo stato puro è facile con l'estrazione dai vegetali che ne sono ricchi, con l'etere di petrolio. Il colore dei cristalli di carotene varia dal giallo brillante al rosso rame. Il carotene è capace di ristabilire l'accrescimento del topo carenzato in fattore A, con dosi di centesimo di milligramma. Ma il carotene non è la vitamina A: il carotene è colorato, la vitamina A incolore; la vitamina A dà ai raggi ultravioletti una stria d'assorbimento a 328μμ, mentre questa stria è posta a 279 μμ nello spettro del carotene. Infine se anche queste due sostanze danno ugualmente una colorazione bleu con la soluzione cloroformica di tricloruro d'antimonio, lo spettro di questa colorazione presenta una stria di assorbimento a 590 μμ col carotene, a 610-630 μμ colla vitamina A. Il carotene ingerito dagli anmali è trasformato in vitamina A: se ad animali in carenza di vitamina A si somministra del carotene, compaiono nel fegato (organo di sintesi e organo di riserva per la vitamina A) abbondanti quantità di vitamina A.

Negli animali in carenza di vitamina A — secondo Mouriquad — è evidente la esistenza di un'anemia: qual'è la azione del carotene sulla rigenerazione delle emazie? Esperienze in proposito sono state condotte dal Binet in 32 cani alcuni normali, altri anemizzati con sottrazioni quotidiane ed asettiche di sangue; ad alcuni animali era somministrato il carotene sotto forma di soluzione oleosa nella concentrazione di 250 unità topo (la più piccola quantità di sostanza che somministrata ad un topo in carenza di vitamina A determina la crescita normale) per cc. Le minute analisi numeriche per gli elementi sanguigni e volumetriche per l'emoglobina, mostrano che nei cani anemizzati, la somministrazione di carotene per via digestiva ha singolarmente facilitato la rinnovazione sanguigna.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 4394:

Non esiste un libro « completo » per la preparazione agli esami di Ufficiale Sanitario. Il programma è molto vario e non può essere trattato da un solo libro. Utili indicazioni potrà trovare nelle seguenti opere: A. Filippini: *Prontuario dell'igienista;* A. Franchetti: *Appunti di legislazione per gli Ufficiali sanitari;* A. Alessandrini, E. Pampana e M. Sabatucci: *Gli esami di laboratorio. Tecnica e diagnostica.* Tutti editi da L. Pozzi, Roma. R. B.

All'abb. n. 9252:

Non vi sono corsi per ottenere il titolo od il diploma di Ufficiale Sanitario, ma soltanto corsi di perfezionamento in Igiene presso la maggior parte delle Università, che rilasciano un certificato a chi ha regolarmente frequentato il corso e sostenuto i relativi esami. Tale certificato costituisce un titolo da presentare ai concorsi per Ufficiale Sanitario, ma non è affatto un diploma. Si diventa Ufficiale Sanitario di un dato Comune o Consorzio soltanto dietro regolare nomina.

Dei corsi di perfezionamento in igiene (generalmente bimestrali) il nostro giornale dà gli avvisi in tempo utile, tutte le volte che vengono mandati in Redazione. *fil.*

VARIA.

Il genio maschile e la donna.

Il Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, ha pubblicato un volumetto sulla « Biologia dell'invenzione », un capitolo del quale è dedicato alla parte importante che l'influenza della donna ha sul genio.

La donna ha certo parte importante in ogni atto dell'uomo, il quale le offre i suoi successi e la sua fortuna. La donna, che ne sia degna o no, si compiace di essere ispiratrice dell'uomo. Alcune associano a questo compiacimento un'abnegazione meritevole, partecipano alle illusioni e alle pene dell'uomo di genio, sacrificano i propri gusti, la propria libertà, la propria personalità, diventano schiave dell'uomo.

Sono donne eccezionali, perchè la maggior parte delle donne non ha funzione tutelare dell'uomo di genio e a volte la donna diventa distruttrice dei suoi successi.

« Che l'uomo diffidi delle muse. Per condurre a termine il proprio compito, non c'è scoglio peggiore delle sirene ».

(*Presse Médicale*, 6 luglio 1932).

R. LUSENA.

Improvviso incanutimento per insulti psichici.

Oesterlen (*Die Med. Welt.*, 33, 1931) esaminando la possibilità di questo fenomeno, fa un elenco molto interessante e molto divertente dei casi più o meno attendibili riferiti da varii Autori: li discute, li critica in modo brillante, rilevando quanto di fantastico e d'irreale la fervida fantasia popolare vi abbia aggiunto.

Conclude in base a criterii fisiologici e ad osservazioni personali che il fenomeno non è possibile: i temibili eventi di questi ultimi trenta anni (guerra mondiale ecc.) non hanno portato alcuna reale prova in suo favore.

V. SERRA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

È responsabile di lesione il chirurgo che asporta una glandola sessuale per innestarla in altro individuo, col consenso del cedente?

La Pegna Vittorio, sessualmente indebolito per abusi, chiese soccorso ad un sanitario. Gli fu consigliato l'innesto della glandola sessuale di un individuo più vigoroso.

Un giovane, ricco di energie, ma forse povero di mezzi finanziari, offrì uno dei suoi testicoli. Il contratto fu concluso per il corrispettivo di L. 10.000 e la operazione fu eseguita con successo: l'uno e l'altro guarirono della lesione chirurgica entro dieci giorni e diedero prova di attività sessuale.

Ma il chirurgo, gli assistenti e La Pegna furono imputati di lesione volontaria. La Corte di Appello di Napoli, con sentenza 30 aprile 1932, li ha assolti per mancanza di dolo.

Il Tribunale, negato l'indebolimento permanente dell'organo, aveva ritenuto che il consenso del cedente, trattandosi di lesione lievissima, avesse efficacia discriminante.

La Corte di Appello ha invece considerato che « la menomazione strutturale e funzionale « del sistema testicolare; il maggior logorio e « lo stato di pericolo della glandola superstite; « l'alterazione della funzione endocrina; ed in- « fine il disagio psichico del paziente formano « intorno all'apparato genitale un quadro dan- « noso che, in linguaggio giuridico, si chiama « indebolimento permanente dell'organo del- « la generazione ».

Ha però soggiunto che « ritenuta lesiva la donazione della glandola da parte del suo proprietario, i sanitari che d'accordo con lui operarono la lesione chirurgica e il successivo innesto non possono essere giuridicamente colpiti; e così anche il loro mandante; se nonchè, la formula di non punibilità stabilita dall'articolo 50 del codice penale, deve essere sostituita da una formula più favorevole agli imputati, dato in essi il difetto assoluto di dolo ».

Forse questa formula è meno corretta, giuridicamente, e la differenza non è indifferente, dal punto di vista della risoluzione di massima.

La sentenza della Corte di Appello è pubblicata integralmente nel fascicolo n. 8 del « Diritto pubblico sanitario ». Qui, segnalando un caso singolare e la sentenza del magistrato penale, esponiamo poche osservazioni.

L'art. 579 del codice penale prevede l'*omicidio del consenziente* e stabilisce la pena a quindici anni, la quale è applicata, anche se l'omicidio sia stato commesso per sentimento di pietà, in caso di malattia certamente mortale e tormentosa, per abbreviare sofferenze. Il motivo può soltanto attenuare il resto: infatti, l'art. 62 del codice penale considera circostanze attenuanti « l'aver agito per motivi di particolare valore morale e sociale ».

Non è, invece, prevista la *lesione* del consenziente.

Il progetto preliminare del codice conteneva questa disposizione: « se taluno cagiona la lesione di una persona, col suo consenso, la pena è diminuita » (art. 589). Ma, essendo stato rilevato che il diritto di disporre della propria integrità fisica sia in dati casi ammissibile, quella disposizione, che stabiliva la punibilità, in ogni caso, della lesione del consentimento, fu soppressa.

È detto nella relazione del progetto definitivo: « nel nostro ordinamento giuridico che, appena occorre avvertirlo, comprende anche il diritto consuetudinario », molteplici sono i casi in cui viene riconosciuta all'individuo la facoltà di disporre della propria integrità fisica, sia per sottoporsi ad operazioni chirurgiche od estetiche, sia per partecipare a manifestazioni sportive e a giuochi, dei quali la violenza sia elemento essenziale ».

Maggior luce non viene dall'art. 50 dello stesso codice, il quale fa una dichiarazione di principio poco consistente ma non del tutto inutile: « *non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne* ».

Quali sono i diritti disponibili? La integrità del proprio corpo vi è compresa ed entro quali limiti? Problema difficilmente risanabile con formule sintetiche; problema astratto e anche pratico, morale, sociale e giuridico, dominato da criteri mutevoli.

Ma, limitando la indagine alla *punibilità* della menomazione consensuale della integrità fisica, è in considerazione soltanto l'ordinamento giuridico *penale*.

Costituiscono reato l'aborto di donna consenziente (art. 546), la procurata impotenza alla procreazione su persona dell'uno o dell'altro sesso, col consenso di essa (art. 552), eccettuato si intende le operazioni eseguite per necessità terapeutiche.

Sono punite lesioni cagionate per un determinato fine fraudolento o antisociale: per conseguire indennità, pensioni ecc. o per assicurarsi la esenzione dal servizio militare.

La criminosità è, in questi casi, nel fine e non nel mezzo, cioè nella lesione del consenziente.

La Corte di appello ha ritenuto che « l'alterazione del corpo umano sia illecita quando

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

impedisce la funzione dell'individuo nella *economia* della vita ». Questa formula è alquanto vaga e non precisa; il criterio-limite è forse influenzato da concetti morali e sociali, certamente apprezzabili ma pertubatori della esatta risoluzione quando si debba accertare se *il diritto positivo vigente considera reato* un determinato fatto.

La lesione del consenziente, in certi casi, non può essere non soltanto legittima ma anche utile, alla persona che la vuole e ad altri: trasfusione del sangue; innesto di glandole; trapianto di tessuti e di organi, ecc.

La chirurgia, perfezionando progressivamente la sua tecnica, rende possibili ed utili, audaci ardimenti di modificazione estetica.

Questa attività non deve essere arrestata da limiti che siano il risultato di preconcetti teorici o, peggio, di pregiudizi. Eventuali eccessi trovano freni e sanzioni di ordine diverso.

Dal punto di vista penale, è certo che la lesione del consenziente, a differenza dell'omicidio, non è prevista come reato. Non si può dedurre da ciò che la lesione sia in ogni caso non punibile: il consenso, se invalido e inefficace, per qualsiasi causa, può non escludere il reato di lesione volontaria, cioè il fatto di colui che dolosamente cagiona ad alcuno una lesione dalla quale derivi una malattia nel corpo o nella mente. Ma la indagine deve essere limitata all'accertamento degli elementi obiettivi e subbiettivi di questo reato, quale è definito dall'art. 582.

La invalidità del consenso può risultare da cause diverse e anche da indisponibilità; da questo punto di vista si presenta un problema di limiti, la cui risoluzione, caso per caso, non deve essere influenzata, agli effetti penali, da concetti morali, religiosi, sociali o sentimentali.

Il limite della disponibilità deve risultare dall'ordinamento giuridico e specialmente dal sistema della repressione penale. Su questa base concreta, che sola sembra a noi corretta, non è difficile stabilire se, secondo il diritto punitivo vigente, il consenso ad un fatto, tenuto conto anche dei fini e dei motivi determinanti, sia penalmente illecito e, quindi, inefficace a discriminare la lesione personale.

I limiti di questa nota informativa non rendono possibile maggiore sviluppo.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VII. - Il valore probatorio delle cartelle cliniche degli ospedali.

La Corte di Cassazione civile, con sentenza 31 marzo 1932, n. 1120, ha ritenuto che la così detta *cartella clinica* non sia un referto medico ma abbia la efficacia probatoria di un certificato rilasciato da pubblici ufficiali, attestanti fatti che ad essi constano per ragioni delle loro funzioni e che risultano dagli atti e registri di un pubblico ufficio.

Esclude la sentenza che tale certificato possa essere considerato *atto pubblico*, nel senso dell'art. 1315 codice civile, perchè « non è ri« cevuto, con le richieste formalità, da un « notorio o da un altro pubblico ufficiale, au« torizzato, nel luogo in cui l'atto è seguito, « ad attribuirgli la pubblica fede ». Ciò è ovvio. Ma soggiunge che alla cartella clinica « non può non attribuirsi in giudizio valore « ed efficacia probatoria, in concorso, beninte« so e sul medesimo piano delle altre prove « acquisite e da acquisire agli atti ».

È da fare qualche osservazione. Generalmente la storia o cartella clinica contiene: la data del ricovero dell'ammalato nell'ospedale; l'anamnesi; i sintomi della malattia e annotazioni circa il decorso di essa; la diagnosi; la cura. È un atto interno; è un documento formale che contiene l'annotazione di fatti e giudizi a scopo diagnostico e curativo. Non è preordinato ad un fine di *certificazione;* non è una attestazione fatta da un pubblico ufficiale per scopi di accertamento efficace verso terzi o pubbliche autorità. È discutibile che il direttore o il primario dell'ospedale sia pubblico ufficiale o piuttosto « incaricato di un pubblico servizio »; ma indipendentemente dalla condizione giuridica di colui che compila la cartella clinica, è da ritenere che questa non sia equiparabile, per tutti gli effetti, ad un vero e proprio certificato. È valutabile come fonte di prova; l'amministrazione ospedaliera — e non il sanitario — che l'ha redatta — può consentire a darne copia; quando sia prodotta regolarmente in giudizio, è un documento di amministrazione interna, che il magistrato può e deve apprezzare per le constatazioni che, a scopo diagnostico e di cura, il sanitario (pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio) vi ha trascritto secondo norme consuetudinarie o regolamentari.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Consiglio Superiore di Sanità

Nei giorni 30 giugno, 1, 2 luglio u. s., presso il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), si è riunito, in sessione generale, il Consiglio superiore di sanità, sotto la presidenza dell'on. prof. sen. Marchiafava.

In principio della seduta, il Presidente ha commemorato il prof. Luigi Pagliani.

Il Direttore generale della sanità pubblica, gr. uff. dott. G. Basile, ha riferito sullo stato sanitario del Regno e sui provvedimenti adottati per la tutela e pel rafforzamento della salute pubblica nel 1931, mettendo, anzitutto, in rilievo i dati salienti del nostro movimento demografico, che è l'indice più delicato e più sicuro delle condizioni della pubblica salute. Mentre la popolazione, secondo i dati più recenti, ha superato i quarantadue milioni di abitanti, il quoziente di mortalità generale si è mantenuto, nel 1931, nel limite del 14 per mille, superiore, ma di poco, a quello del 1930 (13,7 %), principalmente in conseguenza di una limitata epidemia di influenza durante i mesi invernali.

Le comuni malattie endemiche.

Le comuni malattie endemiche non hanno dato manifestazioni di saliente importanza. In complesso, nel 1931, nei confronti del 1930, si è avuto un maggior numero di denunzie per: pertosse, influenza, febbre ondulante, anchilostomiasi e dissenteria bacillare. Una sensibile diminuzione, invece, si è avuta nelle denunzie di: morbillo, scarlattina, varicella, febbre tifoidea ed infezioni paratifiche, difterite e croup, e per febbre puerperale.

Le malattie sociali e la lotta contro la tubercolosi.

Nei riguardi del comportamento delle *malattie sociali*, la *malaria* ha dato luogo a manifestazioni importanti nei comprensori di bonifica e nei pubblici lavori eseguiti in zone malariche, dove assai notevole è stato ed è l'afflusso della mano d'opera raggiunto dalle opere di bonifica integrale. La necessità di una conveniente difesa sanitaria dei lavoratori e delle loro famiglie nelle zone predette, rende necessario lo studio di un complesso di norme intese ad assicurare una più complessa organizzazione antimalarica, la quale deve essere resa sempre più efficiente durante il primo periodo di 4 o 5 anni durante i quali si compiono i lavori indispensabili a far risiedere sul posto le popolazioni migrate e ad avviare le colture terriere, le trasformazioni fondiarie e l'appoderamento dei terreni.

Circa la *tubercolosi* la lotta è in continuo incremento, imperniata sull'azione sinergica dei Consorzi provinciali antitubercolari e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. La Direzione generale della sanità pubblica sta potenziando i Consorzi, le cui entrate da 63 milioni, in cifra tonda, nel 1929, sono salite a 75 milioni nel 1930, e ad oltre 80 milioni nel 1931. Nei riguardi dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali sta portando il numero dei nuovi posti-letto a 14.000, distribuiti in ben 39 istituti curativi, oggi in costruzione. Dal 1° gennaio 1929, data di inizio dell'assicurazione predetta, a tutto il 1931, la Cassa Nazionale ha provveduto all'assistenza di 98.448 persone, fra assicurati e famigliari, delle quali 56.523 ricoverate in istituti di cura, 28.986 curate ambulatoriamente, e 12.935 a domicilio. Il congegno assicurativo, che nella lotta contro questa malattia, è così fecondo di proficui risultati, sarà maggiormente potenziato con la inclusione, attraverso quel criterio di gradualità che è imposto dall'attuale momento economico, di altre categorie di lavoratori.

La relazione del Direttore generale della sanità ha, poi, illustrate le attività svolte nei riguardi della lotta contro i tumori maligni, contro le malattie veneree, il tracoma, la lebbra, il gozzo endemico, e nei riguardi dei servizi di assistenza sanitaria e di vigilanza igienica, della disciplina del servizio farmaceutico, delle specialità medicinali, e del servizio veterinario.

L'ampio e interassante rapporto sarà prossimamente pubblicato per esteso nelle consuete relazioni a stampa.

* * *

È seguito l'esame, da parte del Consiglio, di varie « questioni di massima » concernenti altrettanti quesiti di attualità, e cioè:

1) *la intensificazione dei servizi antimalarici nei territori di bonifica*, al fine di adeguarli sempre meglio alle odierne necessità determinantisi in seguito all'affluenza di lavoratori in zone colpite da malaria;

2) *la portata e la efficacia della vaccinazione antidifterica*, nel senso che i favorevoli risultati sin qui ottenuti incoraggiano a nuove prove e ad una più vasta applicazione del metodo;

3) *la disciplina di norme per la raccolta di sieri umani e per la trasfusione del sangue*, data la utilità e la frequenza raggiunta da tali pratiche;

4) *l'estensione dell'obbligo della denunzia dell'anchilostomiasi*, nel senso di estenderlo anche alle zone rurali ed agricole, che non infrequentemente sono subdolamente colpite;

5) *lo stato attuale della disciplina concernente l'assistenza infermiera*, che già regolata del Regio D. L. 15 agosto 1925, n. 1852 e relativo regolamento 21 novembre 1929, n. 2330, deve sempre meglio poter corrispondere alla importanza e alla delicatezza delle mansioni di infermiera e di assistente sanitaria visitatrice;

6) *i criteri accettati dalla Commissione Centrale Consultiva nei riguardi del commercio delle specialità medicinali*, nell'intento di procedere gradualmente alla revisione e alla registrazione delle specialità medicinali;

7) *il controllo tubercolinico ai confini per la importazione del bestiame bovino*, consiste nella prova diagnostica obbligatoria della tubercolina per tutti i bovini importati, onde evitare il libero transito e la vendita di animali tubercolotici;

8) *la infezione da bacillo di Bang nei bovini e nell'uomo*, in quanto, da un lato, sono assai rilevanti i danni determinati dall'aborto epizootico, e, dall'altra parte, l'eventuale contagio all'uomo si presenta questione di notevole importanza.

* * *

Proseguendo nei suoi lavori, il Consiglio si è occupato dell'esame di nuove norme per l'igiene del suolo e dell'abitato, rese ormai necessarie dal continuo e crescente sviluppo dei centri urbani e rurali e che debbono essere coordinate ed uniformate a direttive e regole precise, rispondenti alle odierne esigenze dell'igiene.

In seguito, il Consiglio ha approvato, con un voto di plauso, il rapporto, presentato dalla speciale Commissione composta dai consiglieri proff. S. E. De Blasi, Frugoni, Morelli, Bordoni, sulle norme per la costruzione dei dispensari antitubercolari.

Concetto fondamentale è che il dispensario anzichè a carattere strettamente antitubercolare debba, preferibilmente, essere a carattere policlinico, per potervi visitare il maggior numero di ammalati generici, e trovare più facilmente fra essi i casi di tubercolosi iniziale, e, quindi, guaribili. Altri criteri fondamentali sono quelli di dare sviluppo alla parte relativa all'inchiesta sociale e sanitaria, mediante l'assistente visitatrice, ed agli esami radioscopici e radiologici, che dovranno farsi anche nei dispensari del tipo piccolo, mentre nei maggiori dovrà potersi attuare anche la pratica del pneumotorace terapeutico.

* * *

In continuazione dei suoi lavori, il Consiglio si è occupato del perfezionamento post-universitario in igiene, ai fini principalmente dell'abilitazione ai servizi di igiene e di sanità pubblica dello Stato e degli Enti locali, segnalandone la grande importanza in rapporto alle necessità determinatesi in seguito al progresso ed all'incremento dei servizi igienico-sanitari del Paese.

Infine, il Consiglio si è occupato di altri argomenti sanitari, esprimendo pareri: sopra modifiche al regolamento di sanità marittima; sopra domande di autorizzazione alla vendita di acque minerali naturali e artificiali ed all'esercizio di stabilimenti termali; sopra ricorsi vari; sopra numerose concessioni di privative industriali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALA (*Trento*). — Scad. 30 sett.; 2ª condotta; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v., L. 1200 indenn. via, L. 2200 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

ALCAMO (*Trapani*). — Scad. 31 ott.; L. 8000; 3 scatti quadriennali e 3 quinquennali di L. 700; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; 5 anni di laurea.

ALSENO (*Piacenza*). — Scad. 10 ott.; 1ª condotta (capoluogo) e 2ª condotta (Castelnuovo Fogliani); rivolgersi Segreteria del Comune.

ARDENNO (*Sondrio*). — Scad. 30 sett.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san.

AREZZO. — Scad. 21 sett.; 6ª condotta di campagna con residenza a Palazzo del Pero; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 3600 trasp., L. 800 arm. farm.; età lim. 45 a.

ATZARA (*Nuoro*). — Scad. 25 sett.; L. 8000 e c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CARINI (*Palermo*). — Scad. 28 nov.; L. 8000 ridotte 12 %; rivolgersi Segreteria com.

CASTELMASSA (*Rovigo*). — Scad. 30 sett.; 1ª condotta; L. 8000 oltre indennità varie; riduz. 12 %.

CATANIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Due posti di assistente, uno presso la Sezione Chimica, l'altro presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi di Catania. Scadenza ore 12 del 5 dicembre 1932. Richiedere chiarimenti, bando di concorso alla Segreteria dell'Amm.ne Provinciale di Catania.

CECINA (*Livorno*). *Ospedale Pubblica Assist.* — A ore 18 del 20 nov.; chirurgo primario; età 25-45 a.; L. 11.500 e c.-v., 50 % tasse operatorie, riduzione 12 %; prova biennale; richiedesi direz. chirurgica di un ospedale o quinquennio di assistentato effettivo in una clinica; tassa L. 50,10 al Cassiere; doc. a 3 mesi dal 20 ag.

CIVITELLA-PAGANICO (*Grosseto*). — Scad. 30 sett.; L. 8536 già ridotte, oltre L. 616 per gli ammogliati; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CUNEO. *Ospedale Civile di Santa Croce.* — Scad. 30 sett.; chirurgo assistente; L. 500; 60 % tasse pagate abbienti; età lim. 35 a.

ENTRAQUE (*Cuneo*). — Scad. 30 sett.; L. 10.000 oltre L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.

FANNA (*Udine*). — Consorzio medico Fanna-Arba. Stipendio L. 9000, altre indennità, detrazione del 12 %. Scadenza 30 novembre 1932. Chiedere avviso alla Segreteria Comunale di Fanna.

FIUME. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami. Posto di direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Fiume. Stipendio L. 19.000, quattro aumenti quadriennali del decimo, indennità di servizio attivo L. 5400, indennità di funzione L. 2500, premi di operosità e di rendimento a norma del Regolamento, il tutto a lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Età massima anni 45, salve eccezioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo. Documenti di rito. Vaglia postale di lire 50,10 quale tassa di ammissione al concorso.

Obbligo di assumere servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scadenza ore dodici del 20 ottobre 1932-X. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale (Palazzo del Governo), Fiume.

FOSSANO (*Cuneo*). — Scad. 15 sett.; L. 7000 oltre L. 1500 trasp.; età lim. 45 a.

GENOVA. *Istituto di studi scientifici-pratici sulla tubercolosi.* — Concorso a sei posti di assistente volontario. V. fasc. 37. Scad. 15 ottobre.

GREZZANA (*Verona*). — Scad. 30 sett.; 2° reparto; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500-3000 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.

INCISA VALDARNO (*Firenze*) — Scad. 15 dic.; lire 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 3000 (variabili) trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10.

MARA (*Sassari*). — Scad. 15 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

MASSAFRA (*Taranto*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MERANO. *Cassa Circondariale di Malattia.* — Concorso pubblico, per titoli, al posto di medico odontoiatra. Stipendio annuo L. 24.000 lorde. Titoli di studio: diploma originale di laurea in medicina e chirurgia, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata, diploma originale di specialista in odontoiatria e protesi dentaria, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata. Età: anni 45 al giorno della chiusura del concorso salvo le disposizioni a favore degli ex-combattenti, mutilati ed invalidi di guerra. Altri documenti di rito. Le domande dovranno pervenire alla Direzione della Cassa in via XXVIII Ottobre n. 3, entro le ore 18 del 29 novembre 1932 e corredate inoltre da un vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso. Per maggiori schiarimenti e notizie rivolgersi alla predetta Direzione.

NURAMINIS (*Cagliari*). — Scad. 20 sett.; con frazione Villagreca; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 6000 assegno governativo medico carceri; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

PESCIA (*Pistoia*). — Scad. 5 nov.; L. 10.000 oltre L. 3000 cav., L. 1500 disagiata resid.; età lim. 35 a.

PLATACI (*Cosenza*). — Scad. 15 nov.; L. 5896 oltre L. 1200 cav. Rivolgersi ufficio Segreteria del Comune.

PONTEBBA (*Udine*). — Proroga a tutto 30 sett.. 2° reparto consorziale; rivolgersi segreteria.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli.* — Scad. 15 sett.; aiuto Divisione medica; L. 5000 oltre L. 300 indenn. sanatorio, c.-v., percentuali.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 3 mesi dall'8 agosto; direttore sanitario del consorzio e del dispensario; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi; L. 20.000 e 2 quinquenni dec., oltre L. 4000 serv. att.; indenn. trasferte e diarie; tassa L. 50,10.

PUTIGNANO (*Bari*). — Ufficiale sanitario. Stipendio L. 14.000 e 5 quadrienni decimo. Scadenza 30 settembre. Rivolgersi alla R. Prefettura di Bari.

QUARGNENTO (*Alessandria*). — Scad. ore 18 del 20 nov.; L. 7000 oltre L. 700 uff. san. e L. 500 trasp.; età lim. 35 a. Le condotte sono due.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Scad. 30 sett. Rivolgersi Segreteria comunale.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Sono banditi due distinti concorsi, il primo per esami e titoli congiuntamente per la nomina di aiuto ostetrico, il secondo per esami per la nomina di assistente ostetrico, da assumersi in servizio secondo il bisogno. I sanitari che intendono prendere parte al concorso devono presentare alla Segreteria generale del Pio Istituto, non più tardi delle ore 16 del giorno 30 settembre 1932-X, la domanda di ammissione al concorso, stesa su carta da bollo e corredata dai documenti, debitamente legalizzati, come da avviso ostensibile nel palazzo di Santo Spirito, in Borgo S. Spirito n. 3, Roma.

ROMA. *Opera Nazionale Maternità e Infanzia.* — Segretario sanitario di 3ª classe; titolo richiesto: laurea in medicina e chirurgia. Scad. 30 sett. Rivolgersi alla sede centrale, piazza Adriana 20.

RONCEGNO (*Trento*). — Scad. 15 sett.; comprese frazioni (eccettuata Marter); L. 9500 oltre L. 2200 indenn. quartiere, o quartiere in natura, L. 3000 indenn. via, L. 905 uff. san.; riduz. 12 %; quadrienni decimo.

SANCOSTANZO (*Pesaro*). — Scad. 15 sett.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc.

S. PROSPERO (*Modena*). — Scad. 31 ott., 1ª condotta; L. 8500 e 10 bienni ventes., oltre L. 900 assegno complementare, L. 600-2500 trasp., L. 750 se uff. san.; età lim. 35 a.

S. CRISTINA GELA (*Palermo*). — Scad. 30 nov.; L. 10.000 oltre L. 600 arm. farm., L. 1000 se uff. san.; 5 quinquenni; riduz. 12 %.

SPILIMBERGO (*Udine*). — Scad. 8 nov.; 2° reparto; L. 8000 e 6 quadrienni dec. oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp.; assistenza reparto chirurgico e direz. Gabinetto radiologico Ospedale Civile; tassa L. 50,10.

SPOLETO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario direttore Ospedale Civile « S. Matteo ». L. 10.000 con 4 quinquenni del decimo, ind. serv. att. L 2000, c.-v. di legge; 50 % sugli atti operativi, 30 % sui proventi di cure in Ambulatorio, 20 % sui proventi netti dei Gabinetti scientifici. Età massima 42 anni, salvo eccezioni di legge, certificato sana costituzione fisica, fotografia personale autenticata; documenti temporanei in data non anteriore a 3 mesi dall'8 agosto. Laurea da almeno 10 anni, con servizio di non meno di 5 anni in Cliniche od Ospedali. Il chirurgo dovrà essere munito dei ferri che gli consentono il pieno esercizio professionale. Tassa di L. 50,10 al Tesoriere comunale. Scad. 90 giorni dall'8 agosto.

TAGLIOLO BELFORTE (*Alessandria*). — Scad. 30 sett.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 1000 uff. san., decurtate 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TRIGOLO (*Cremona*). — Scad. 20 ott.; con Fiesco: L. 11.500 oltre c.-v., addizionali L. 2 fino a 2000 pov. e L. 3 da 2001 a 3000; L. 1500 uff. san.; trasp. L. 3520 (nette 12 %), aumenti; età lim. 40 a.; biennio di condotta o pratica ospedaliera; tassa L. 50,10.

VALLERANO (*Viterbo*). — Unica condotta residenziale. Stipendio L. 9240 con 5 aumenti quadriennali consecutivi, caro-viveri e servizio locale Ospedale retribuito con L. 2200 gravato ritenute di legge. Scadenza ore 12 del 30 settembre 1932.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi.* — Scad. 20 ott.; medico primario 1ª Sez. medicina; titoli ed eventualm. esami; L. 4532 annue e 6 trienni ventesimo, soggette alle ritenute di legge; partecipaz.; età lim. 45 a. al 10 sett.; tassa L. 50. Richiedonsi condizioni speciali. Per informaz. rivolgersi all'Amministraz.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — Scad. 5 nov.; 3° reparto; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; trasp. L. 3500 variabile; riduzioni 12 %; addizion. L. 5 oltre il 20 % della popolaz; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, che gli ha presentato una relazione sulle attività svolte dall'Associazione nei trascorsi quattro anni della sua presidenza.

Il Capo del Governo ha espresso il suo compiacimento per il complesso lavoro di ampliamento e di riforme compiuto, ed ha annunziato al sen. Cremonesi la conferma nell'attuale carica per il prossimo quadriennio. Egli si è infine interessato ai varii problemi che si riferiscono alla C. R. I. nei riflessi del paese.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha assegnato al prof. Giacomo Pighini un cospicuo premio per il contributo arrecato con gli studi e le ricerche da lui compiute, sull'endemia gozzo-cretinica, alle scienze mediche.

L'attività del prof. Pighini, dotto alienista che onora con la sua opera l'Istituto psichiatrico di S. Lazzaro in Reggio Emilia, ha ottenuto così un nuovo alto riconoscimenuto, e non mancherà di essere motivo di vivo elogio da parte di quanti conoscono ed apprezzano i meriti del valoroso scienziato.

NOTIZIE DIVERSE.

8ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

L'annunziata conferenza si è svolta all'Aja con larghissimo intervento di studiosi.

L'inaugurazione ebbe luogo, solennemente, nella sala dei Cavalieri alla presenza della Regina Madre, del principe consorte e delle più alte autorità dello Stato e del corpo diplomatico.

Nella seduta preliminare, dopo lunghe, vivaci discussioni, cui hanno partecipato in modo particolare i delegati della Francia, Germania, Spagna, Polonia, Jugoslavia e Italia, il Consiglio direttivo dell'Unione ha votato con notevole maggioranza che anche la lingua italiana sia considerata lingua ufficiale dell'Unione stessa.

Il prof. Ilvento, vice-direttore della sanità pubblica, a nome del Ministro degli Interni ha fatto un'esposizione sullo stato attuale della lotta contro la tubercolosi in Italia, sulle leggi fasciste, sulla assicurazione obbligatoria e sui consorzi antitubercolari destando vivo interesse per la rapidità con cui l'Italia in soli pochi anni, per merito del Regime, si è messa all'avanguardia dei popoli più civili del mondo.

Nelle varie sedute scientifiche i delegati italiani on. prof. Morelli, prof. Bocchetti e prof. D. Ottolenghi, hanno svolto in lingua italiana le relazioni ufficiali relative all'assistenza post-sanatoriale, alla auroterapia e ai rapporti tra allergia e immunità. In modo particolare ha riscosso vivissimi applausi l'on. prof. Morelli, che ha esposto un programma post-sanatoriale del tutto italiano ispirato alle particolari necessità del nostro paese e alle ampie possibilità che scaturiscono dall'obbligatorietà dell'assicurazione contro la tubercolosi. Il prof. Bocchetti ha presentato una applaudita relazione in cui è stato affermato il principio che la tubercolosi non guarisce con la medicina bensì col sanatorio e con la collassoterapia. Il prof. E. Maragliano ha rivendicato alla sua scuola il primato degli studi sulla immunità tubercolare. Notevoli comunicazioni scientifiche sono state fatte sui vari problemi dai proff. Cherubini, Urizio, Costantini, Malan, Ronzoni, Carpi, Capuani, Mariotti-Bianchi, Sagona.

Nella seduta di chiusura è stato rivolto un pensiero di riconoscenza al grande scienziato italiano Carlo Forlanini, inventore del pneumotorace e alla cui memoria sorgerà per sottoscrizione internazionale un monumento in Roma. Ha risposto per ringraziare il prof. Bocchetti, e i delegati delle 42 Nazioni hanno promesso che la sottoscrizione sarà fatta specialmente tra i malati guariti e i medici di tutto il mondo.

La stampa locale ha ampiamente riconosciuto in vari articoli apparsi nei giornali politici quotidiani la grande importanza che si dà in Italia alla lotta contro la tubercolosi. Sede della prossima conferenza internazionale del 1934 sarà Varsavia.

Escursioni e viaggi hanno completato l'importante conferenza, di cui daremo prossimamente un resoconto.

2° Congresso internazionale della luce.

Si è adunato a Copenaghen, dal 15 al 18 agosto, sotto la presidenza del dott. Axel Reyn, direttore dell'Istituto Finsen; vi hanno partecipato più di 300 congressisti, tra cui 75 signore. Venne svolto l'ampio programma di cui demmo già notizia. Il pieno successo si deve in gran parte all'attività del

segretario generale dott. Kissmeyer e dei delegati nazionali, tra cui per l'Italia il prof. Ceresole.

I lavori furono intramezzati da visite, escursioni, trattenimenti.

Venne commemorato Finsen, in presenza della vedova.

21° Congresso italiano delle scienze.

Ricordiamo che la Società Italiana per il progresso delle scienze terrà la prossima riunione a Roma, sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche, dal 9 al 15 ottobre.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale, via Milano 71, Roma.

Convegno italiano dei medici cattolici.

È indetto a Firenze dal 16 al 18 ottobre. Saranno discussi vari problemi. Al convegno interverrà il prof. padre Agostino Gemelli, il quale terrà una pubblica conferenza sul tema: « I problemi dell'ora presente e la morale cattolica ».

11° Congresso italiano di urologia.

L'XI Congresso della Società italiana di Urologia verrà tenuto in Roma nei giorni 22-23 ottobre p. v., nei locali del Policlinico Umberto I.

Il tema di relazione: risultati lontani ortopedici e funzionali della chirurgia renale ed ureterale conservativa, verrà svolto dai signori prof. G. Nicolich (Trieste) e V. Raffo (Genova).

Eventuali schiarimenti possono esser chiesti al segretario prof. E. Mingazzini, via Tirso 83, Roma.

14° Congresso francese di ortopedia.

La « Société française d'orthopédie » si adunerà il 7 ottobre, presso la Facoltà di medicina di Parigi (anfiteatro Vulpian). Temi di discussione: « Trattamento chirurgico delle scoliosi » (Fèvre); « Trattamento precoce dell'osteomielite acuta (non traumatica) degli arti » (Ingebrans). La sera avrà luogo un banchetto a sottoscrizione (90 franchi): iscrizione presso il tesoriere, dott. Roederer, rue de Pétrograd 10, Paris (8e).

8° Congresso francese di stomatologia.

Per questo congresso che, come abbiamo già annunciato, si svolgerà a Parigi dal 3 all'8 ottobre, le ferrovie italiane hanno concesso la consueta riduzione del 30 per cento sul prezzo del biglietto di andata-ritorno dalla città di residenza del congressista ad una delle città di frontiera. Le ferrovie francesi, come fu già detto, concedono la riduzione del 50 per cento (meno il 15 % di tassa) dalla frontiera a Parigi e ritorno.

L'adesione al Congresso è aperta a tutti i medici. La quota è di franchi 100 (circa 77 lire) da inviarsi al dott. Boutroux, rue des Sablons 22, Paris, oppure al Comitato italiano e per esso al prof. G. Coen-Cagli (Lungotevere Mellini 17, Roma 126), al quale chiunque potrà rivolgersi per ulteriori informazioni.

11° Congresso tedesco sulle malattie della digestione e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten », presieduta dal prof. W. Falta, si adunerà a Vienna dal 6 all'8 ottobre.

Temi: « Riassorbimento enterale e parenterale »; « Insulina e diabete mellito »; « Malattie del retto e del sigma ». Quota d'iscrizione: RM. 8 ovvero scellini austriaci 12. Per il programma e per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. R. von den Velden, Bamberger Strasse 49, Berlin W. 30, Germania.

Società ispano-americana di oftalmologia.

Ha tenuto la sua assemblea annuale a Santander. Una relazione sulla biomicroscopia del cristallino venne presentata dal prof. Palomar de la Torre, di Saragozza. Il dott. Magitot di Parigi fece una conferenza sui fattori che regolano la tensione endo-oculare.

Per il Policlinico di Palermo.

A Palermo sarà presto iniziata la costruzione del nuovo Ospedale Civico, che è definito la più importante provvidenza cittadina nel campo delle opere pubbliche. Avrà una estensione di circa 149.200 metri quadrati, da cui, detratte le zone destinate alle costruzioni del tubercolosario e allo allargamento di alcune vie, restano disponibili 90.300 metri quadrati. Il complesso delle opere del Policlinico sarà schierato su tre viali normali e tre viali paralleli alla via principale.

I lavori avranno inizio entro il prossimo mese di ottobre e dovranno essere ultimati nell'anno 1934. Il primo lotto di lavori — in cui però è compresa anche un'altra opera — importerà una spesa di sette milioni e mezzo.

Per un preventorio antitubercolare a Falconara.

La Consulta comunale di Falconara ha deliberato di cedere alcuni locali di proprietà del comune al Comitato provinciale della Croce Rossa, perchè siano adibiti ad un Preventorio antitubercolare. Si tratta di un ampio fabbricato, sito dietro il palazzo che fu già residenza del municipio, un tempo adibito all'isolamento. È circondato da un terreno, che è stato pure ceduto alla Croce Rossa.

La 2a Clinica chirurgica di Berlino.

Abbiamo dato notizia della chiusura della clinica chirurgica già diretta dal Bier e che aveva nobilissime tradizioni; nonchè delle vivaci controversie che questo provvedimento — determinato dalla crisi economica e andato in vigore col 1° aprile — ha sollevato.

Il provvedimento ha finito per essere meno radicale di quanto si era temuto, poichè sono stati preservati gli ambulatori, riccamente installati, riguardanti numerose specialità chirurgiche; inoltre si è mantenuta una piccola corsia, con un ristretto numero di letti, pei casi urgenti. Alla direzione è stato preposto il titolare dell'unica clinica chirurgica universitaria rimasta, prof. Sauerbruch, fiancheggiato dall'ex primo aiuto del Bier, prof. A. Israel.

Commissioni giudicatrici per concorsi universitari.

Sono state recentemente nominate le seguenti commissioni per i concorsi a cattedre della Facoltà Medica:

R. Scuola di Ostetricia di Trieste: Bolaffio Michele, Decio Cesare, Cappellani Salvatore, Acconci Gino, Vercesi Carlo.

Clinica neuropatica e psichiatrica della R. Uni-

versità di Cagliari: Roncoroni Luigi, Rossi Ottorino, Fragnito Onofrio, De Sanctis Sante, Donaggio Arturo.

Medicina del lavoro nella Regia Università di Napoli: on. Salvi Giunio, Devoto Luigi, Boeri Giovanni, Micheli Ferdinando, Visco Sabato.

Igiene nella Regia Università di Modena: Ottolenghi Donato, S. E. De Blasi Dante, Maggiora Arnaldo, Neri Filippo, Di Mattei Eugenio.

Clinica oculistica nella Regia Università di Modena: Lodato Gaetano, Cavara Vittoriano, Pes Orlando, Gallenga Camillo, Di Marzio Quirino.

Clinica ostetrico-ginecologica nella Regia Università di Perugia: Merletti Cesare, Ferroni Ersilio, Sfameni Pasquale, Pestalozza Ernesto, Cova Ercole.

Istologia ed embriologia generale nella Regia Università di Bologna: Giacomini Ercole, Pensa Antonio, Bruni Angelo Cesare, Livini Ferdinando, Granata Leopoldo.

Riforma degli studi medici in Germania.

Nel prossimo semestre scolastico andrà in vigore in Germania un decreto, in data 13 maggio 1932, che stabilisce per gli studi medici nuove norme dirette precipuamente a limitare le iscrizioni e ad infrenare la pletora professionale. Per l'ammissione sarà indispensabile la conoscenza del latino. L'esame unico che lo studente doveva sostenere alla fine del primo anno sulle materie così dette ausiliarie; viene ora sostituito da due esami: uno alla fine del secondo semestre (chimica, fisica, botanica, zoologia) e uno alla fine del quinto semestre (anatomia, istologia, embriologia, fisiologia, chimica fisiologica). Gli esami sono resi più severi. È ammessa una sola sessione di riparazione; se lo studente cade anche in questa, viene escluso definitivamente dal corso di medicina.

Per il riconoscimento in Svizzera dei diplomi italiani di medicina.

Le norme vigenti nella Confederazione elvetica obbligano gli svizzeri di lingua italiana che hanno compiuto i loro studi medici in Italia, a subire un esame complementare, detto di Stato, per certe materie, davanti ad una commissione federale.

Si ha notizia che la federazione degli antichi « carabins » del Cantone del Ticino avrebbe emesso un energico voto tendente alla soppressione di tutte le formalità di questa natura, ed al riconoscimento puro e semplice dei diplomi di dottore in medicina rilasciati dallo Stato italiano, dacchè questi diplomi offrono una sicura garanzia di maturità e di preparazione all'esercizio della medicina.

Cure mediche ratizzate negli Stati Uniti.

Va diffondendosi negli Stati Uniti un nuovo sistema di rapporti finanziari tra medici e clienti. Viene fatto un preventivo del compenso globale del medico, dopo di che interviene una Mutua, che anticipa il 50 % della somma; il cliente restituirà questo contributo in rate proporzionali alla sua capacità finanziaria, con l'aggiunta di un modico interesse, come si pratica per gli acquisti rateali di una automobile o di una radio.

Il sistema, inaugurato a New York, va estendendosi in tutta l'Unione. Risulta che circa il 98 % dei clienti rispetta gl'impegni assunti, mentre con i rapporti diretti solo il 50 % corrispondeva tutto l'importo delle cure, il 30 % pagava in parte e il 20 % non pagava affatto. Il metodo attuale reca due vantaggi: il medico non è defraudato delle sue competenze; i clienti risentono meno il peso delle cure e perciò si decidono più facilmente e più spesso a valersi dell'opera del medico.

Il metodo viene applicato largamente anche dai dentisti.

Tentativo di socializzazione della medicina fallito.

Il « Médecin de France » (15 luglio 1932) informa che due municipî, quello di Achères e quello di Athis-Mons, nel dipartimento Seine-et-Oise, quantunque già provvisti di servizio medico, avevano istituito un dispensario comunale ciascuno, per cure gratuite, così ambulatorie come domiciliari, estensibili a tutta la popolazione, senza distinzione tra indigenti e abbienti. Il servizio era assicurato da vari medici di Parigi e da un medico straniero sfornito del diploma di Stato (il quale autorizza all'esercizio pratico). In seguito a intervento del Sindacato medico dipartimentale, il prefetto ha annullato le deliberazioni dei due consigli comunali, considerando che « nessuna condizione d'interesse pubblico e nessuna circostanza eccezionale » giustificavano il provvedimento.

L'Università di Bologna per Augusto Murri.

La Facoltà di medicina della Università di Bologna ha inviato al Maestro il seguente indirizzo in data 7 settembre: « Insigne Maestro, compiendosi domani il 91° compleanno di sua vita tutta spesa a beneficio della scienza medica e della umanità, la Facoltà medica di Bologna che si gloria di averla avuta per molti anni collega indimenticabile, maestro insuperato, le porge rallegramenti ed auguri vivissimi, animata dalla speranza di poterli rinnovare ancora per più anni come un rito di fede al simbolo vivente della fulgida gloria del nostro Ateneo. — Il presidente: Martinotti ».

Insieme a questo indirizzo della Facoltà il Rettorato, in persona del prorettore, ha fatto pervenire al prof. Augusto Murri una lettera di felicitazioni e di auguri.

In onore di un medico.

Il 7 agosto, con una cordiale cerimonia, i cittadini di Rocca Bianca hanno voluto offrire una medaglia d'oro al dott. Achille Tommasinelli, che per ben 44 anni ha avuto in cura la loro salute e ha dato continue prove di valentia e di amorevolezza.

L'ex-re Manoel.

La classe medica deve ricordarlo in quanto egli appena scoppiata la guerra prese a prodigarsi a favore degli alleati, attraverso l'Ordine di San Giovanni (Associazione Inglese per il Pronto Soccorso) e la Croce Rossa Britannica; un prezioso contributo recò alla installazione ed al funzionamento del grande Ospedale Ortopedico di Hammersmith, coadiuvando il dott. sir Robert Jones, che più volte ebbe a riferire pubblicamente sul valido concorso prestatogli dal suo reale assistente. La gentilezza e la semplicità dei modi ne fecero una figura molto popolare tra i malati.

Martirologio medico.

Il dott. Vittorio Aimone, addetto all'Ospedale Militare di Washington, è stato ucciso a rivoltellate, nel suo ufficio, da uno squilibrato, certo

Charke, il quale pretendeva la liquidazione di una pensione d'invalidità non spettantegli.

Dentisti condannati a Genova.

Alla Pretura di Genova si è svolto un processo contro il meccanico odontotecnico Prato, per avere esorbitato dai limiti di legge curando direttamente una malata, e contro l'odontoiatra (non medico) Battaglia, al cui nome era intestato il Gabinetto; l'azione era promossa dal Sindacato Med. Fascista sostenuto dagli avvocati Girardi e prof. Cogliolo. Il Pretore condannò il Prato a mesi 1 e giorni 5 di reclusione e a L. 2500 di multa, il Battaglia a mesi 1 e giorni 20 di reclusione ed a L. 4000 di multa oltre a mesi uno di sospensione dell'esercizio della professione; in solido ambedue alle spese e ai danni in favore della Parte Civile.

Miosite acuta epidemica.

Nell'ultima seduta del Comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica (Parigi, aprile-maggio 1932) venne richiamata l'attenzione su di una malattia infettiva poco nota, caratterizzata specialmente da vivi dolori nella regione dei retti addominali e in altri muscoli del tronco; essa assume forma epidemica. Nell'autunno 1930 ne furono registrati più di 3000 casi a Copenaghen e nel 1931 più di 3300 in tutta la Danimarca; ha colpito poi anche la Scandinavia meridionale (2200 casi a Malmö nel 1931). La malattia è stata segnalata più volte durante gli ultimi 35 anni, in vari paesi (Irlanda, Norvegia, Stati Uniti, Germania, Inghilterra). Generalmente la si denota dal nome dei paesi ove fa le prime riapparizioni: così in Danimarca si chiama « malattia di Bornholm », da una piccola isola del Baltico. Alcune analogie con la denga hanno fatto pensare ad una trasmissione mediante insetti, ma l'ipotesi non è stata confermata. Interesserebbe di raccogliere altre osservazioni su questa malattia.

Qualche giornale aveva dato notizia della morte di I. P. Pavlov e anche noi l'avevamo raccolta, ma essa è destituita di ogni fondamento: il venerando fisiologo è vivo e in ottime condizioni di salute. *Ad multos annos.*

È morto a Napoli, in età di appena 36 anni, per una malattia contratta nell'esercizio professionale, il dott. TEODORO HUBER, direttore dell'Ospedale Internazionale e dell'Ospedale Evangelico. Era nato a Basilea e manteneva la cittadinanza svizzera, ma aveva conseguito la laurea anche in Italia. Era già stato direttore d'ospedale nel Congo belga. Di vasta cultura, d'ingegno brillante, era anche dotato d'entusiasmo per il sapere e di una profonda bontà.

A. P.

Il prof. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI è morto di un'infezione contratta ferendosi ad una mano mentre operava nel suo ambulatorio di Casal Monferrato. Era autore di apprezzati lavori.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 26 Settembre 1932 - X Num. 39

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Semeiotica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. G. BASTIANELLI.

Sulla così detta "urea clearance" come misura della funzionalità renale.

Dott. GIUSEPPE LAZZARO, aiuto.

In lavori, recentemente pubblicati, D. D. Van Slyke e collaboratori hanno proposto per l'esame della funzionalità renale il metodo della così detta *clearance* dell'urea del sangue. Tale metodo, che è anch'esso basato sul rapporto tra concentrazione di urea nel sangue ed eliminazione di urea nelle urine, rappresenta lo sviluppo ed il perfezionamento di metodi analoghi precedentemente usati, essendo anche per Van Slyke la capacità dei reni di eliminare l'urea l'indicatore più sensibile dello stato della funzione renale.

Nello studio di alcuni casi di malattia di Bright, seguiti nel servizio della Scuola di Semeiotica, la *clearance* dell'urea del sangue è stato il metodo sistematicamente applicato all'esame della funzionalità renale. Prima di riferire sui risultati ottenuti, è opportuno far precedere un'esposizione riassuntiva sul significato del metodo e sulla sua tecnica.

Come è noto, fu per il primo Grehant (1904) che propose di fare delle determinazioni simultanee dell'urea nel sangue e nelle urine e che suggerì di usare il rapporto di concentrazione $\frac{U}{B}$ come espressione della funzione renale. Ma è solo al lavoro di Ambard e Weill (1912) che dobbiamo le applicazioni alla clinica e le maggiori ricerche su questo importante metodo della funzione renale. L'uso della così detta costante ureo-secretoria, che costituiva per gli autori una misura pratica e nello stesso tempo sensibile della capacità funzionale dei reni, ha dato impulso ad una vasta serie di ricerche di cui le più importanti e conclusive sono state eseguite da autori americani.

Così tra gli altri McLean, allo scopo di semplificare il calcolo, ha dato una nuova disposizione alla formula di Ambard, aggiungendo una costante numerica che portava a 100 il

valore medio normale dell'indice secretorio dell'urea. Tale formula, nota negli Stati Uniti, col nome di indice di McLean si calcola nel modo seguente:

$$\text{Indice} = \frac{\text{Gr. di urea per 24 ore} \times \sqrt{\text{gr. di urea per litro di urina}} \times 8{,}96}{\text{Peso in kg.} \times (\text{gr. di urea per litro di sangue})^2}$$

Questo indice però, all'infuori di una diversa disposizione matematica e dall'avere incluso nella formula il fattore peso si basa sugli stessi dati ed ha lo stesso significato della costante di Ambard.

In ricerche successive, applicando la formula di Ambard, Addis e Watanabe trovarono in soggetti normali grandi variazioni nei risultati dei calcoli ed in nessun caso essi poterono confermare i risultati, considerati da Ambard nelle sue due prime leggi. Secondo Addis esiste un rapporto quasi costante tra eliminazione di urea nelle urine e concentrazione di urea nel sangue. Tale rapporto

$$\frac{D}{B} = \frac{\text{urea in 1 ora di urina}}{\text{urea in 100 ccm di sangue}}$$

è per Addis indipendente dal volume delle urine. Un rapporto diretto esiste, inoltre, tra valore del quoziente $\frac{D}{B}$ e quantità di tessuto renale funzionante. Una delle condizioni volute dal metodo di ricerca, è che il soggetto beva grandi quantità di acqua.

In un lavoro posteriore Addis e Drury comunicarono delle ricerche, eseguite su loro stessi per dimostrare la costanza del rapporto $\frac{D}{B}$ detto « urea ratio ».

Per Addis il rapporto medio era 46, con una deviazione standard di $\pm$ 3,16 ed una variabilità di $\pm$ 6,85 %, per Drury la media era 56,2 con una deviazione standard di $\pm$ 2,69 ed una variabilità di $\pm$ 4,76 %.

Austin, Stillmann e Van Slyke (1921) dimostrarono che il rapporto semplice e diretto tra eliminazione di urea e contenuto di urea nel sangue si verifica solo se il volume di urina è abbondante ed al di sopra di un certo limite, che gli autori chiamarono *augmentation limit*, che variava in diversi normali tra 2,5 e 6 litri per unità tempo 24 ore. Solo in queste condizioni la urea *ratio* di Addis è veramente indipendente dal volume dell'urina, se questo, invece, è al disotto di tale limite, l'eliminazione di urea varia in rapporto alla radice quadrata della quantità di urina. Così, p. es., rimanendo costante l'urea del sangue, se la quantità di urina diminuisce di 1/4 (da 2 a 0,5 ccm. al minuto) l'eliminazione di urea diminuisce della metà. I rapporti osservati furono dagli autori espressi nella seguente equazione: $K = \frac{D}{B\sqrt{V}.\ W}$

D = eliminazione di urea (gr. per litro per unità tempo 24 ore), B = urea sangue (gr. per litro); V = quantità delle urine di 24 ore in litri; W = peso corporeo. Nei normali, secondo Van Slyke, K = 7,5 $\pm$ 3, il limite inferiore è 4,5.

In ricerche ulteriori Möller, McIntosh e Van Slyke confermarono questi risultati e trovarono negli adulti normali per l'*augmentation limit* valori di 1,7-2,5 ccm. di urina per minuto. Le ricerche successive di Van Slyke e collaboratori sono il corollario naturale delle nuove conoscenze già brevemente riassunte.

In lavori recenti (1928-1930) Van Slyke dimostra che quando la quantità di urina è di qualunque grado superiore al così detto limite di aumento, l'eliminazione di urea procede con la massima rapidità e la eliminazione per 1 minuto corrisponde al contenuto di urea di un volume di sangue, che nel normale è di circa 75 ccm. per 1 minuto, che rappresenta la quantità massima di sangue, che è liberata in 1 minuto dalla sua urea. Questa quantità di sangue che corrisponde all'urea *ratio* di Addis, è stata chiamata dagli autori americani *maximum blood urea clearance* o semplicemente *max. clearance*. Cm. Il suo valore viene calcolato con la seguente formula:

$$Cm = \frac{U\ V}{B}$$

U = concentrazione dell'urea nell'urina.
B = concentrazione dell'urea nel sangue.
V = volume di urina in ccm. in 1 minuto.

Il rapporto di concentrazione $\frac{U\ V}{B}$ dà il numero di ccm. di sangue, il cui contenuto di urea è eliminato in V ccm. di urina per minuto.

« Al di sotto del limite di aumento, invece, il volume di sangue, il cui contenuto di urea è rappresentato nell'escrezione di 1 minuto, non è una costante, ma varia in media in proporzione alla radice quadrata del volume di urina ». Si usa in questo caso la formula che Van Slyke chiama *standard clearance*. Cs.

$$Cs = \frac{U\sqrt{V}}{B}$$

« La *standard clearance* indica l'efficienza con cui i reni eliminano l'urea quando il vo-

lume di urina ha un valore medio normale di circa 1 ccm. per minuto. La *maximum clearance* indica l'efficienza massima della eliminazione di urea con grandi volumi di urina ».

Il volume *standard* di urina, adottato da Möller, McIntosh e Van Slyke è di 1 ccm. al minuto, ciò semplifica di molto la formula e sembra inoltre che non si discosti molto dal valore di uno *standard* naturale, dato che la quota media di eliminazione di urina negli adulti normali è di 1440 ccm. (1345 secondo Addis) cioè poco meno di 1 ccm. al minuto.

Negli adulti sani il valore medio della *max. clearance* fu trovato di 75 ccm. di sangue al minuto, con variazioni tra 64 e 99 ccm., quello della *standard clearance* di 54 ccm., con variazioni da 40 a 68 ccm.

Tecnica. — I dati necessari per il calcolo della *clearance* sono: la concentrazione dell'urea nel sangue, la concentrazione dell'urea nelle urine ed il volume di urina eliminato in un dato tempo. Il malato non ha bisogno di alcuna preparazione, è sufficiente solo che il pasto della mattina non sia eccessivo e che sia da esso escluso il caffè, che, secondo Addis e Drury, può aumentare la *clearance* dell'urea del sangue. Il soggetto rimane in riposo durante l'esperienza: gli si fa vuotare completamente la vescica, questa urina viene buttata. Un'ora dopo lo si fa nuovamente urinare e si calcola la quantità ed il contenuto di urea di questo campione orario di urina. Un secondo campione orario si raccoglie successivamente. Pochi minuti prima della fine del primo periodo di un'ora si preleva il sangue. Il suo contenuto di urea si applica per il calcolo della *clearance* durante ambedue i periodi. Il calcolo si può eseguire o aritmeticamente o mediante dei nomogrammi, che lo semplificano di molto. (Vedi figure, dal lavoro originale di Van Slyke).

Praticamente si calcola la *max. clearance* se la quantità di urina supera i 2 ccm. per minuto nell'adulto (nei bambini bisogna fare la correzione per la superficie del corpo), la *standard clearance* se la quantità di urina osservata o calcolata è minore di 2 ccm. al minuto. Nell'uno e nell'altro caso è conveniente esprimere la funzione renale in percento del normale, così che i valori per *Cm* e *Cs* siano paragonabili. Essendo normalmente $Cm = 75$ e $Cs = 54$, i valori ottenuti per *Cm* debbono essere moltiplicati per $\frac{100}{75} = 1,33$, quelli per *Cs* per $\frac{100}{54} = 1,85$.

Esempio di una normale *maximum clearance*:

B (urea del sangue) = 18 mg. % — *U* (urea dell'urina) = 612 mg. %.

Quantità oraria di urina = 140 ccm. $V = 2,3$ ccm.

$$Cm = \frac{U\,V}{B} = \frac{612 \cdot 2,3}{18} = 78,2$$ cm. di sangue, liberati di urea in un minuto. Percento del normale (78,2 × 1,33) = 104.

Esempio di una normale *standard clearance*.

B (urea del sangue) = 24 mg. %. — *U* (urea delle urine) = 1020 mg. %.

Quantità oraria = 90 ccm. $V = 1,50$ ccm.

$$Cs = \frac{U\sqrt{V}}{B} = 53,1$$ ccm. di sangue, liberati di urea in 1 minuto.

Nomogramma per il calcolo di « Maximum Urea Clearance » del sangue.

$$Cm = \frac{U\,V}{B}$$ per valori di V sopra il limite d'aumento.

Congiungere i valori osservati di U/B e V con una retta: dove questa taglia la scala intermedia si legge Cm e il corrispondente valore rispetto alla media presa uguale a 100.

Per soggetti che differiscono sensibilmente dalle dimensioni ordinarie dell'adulto, si deve correggere la cifra che esprime V moltiplicandola per il fattore (1,73/area del corpo in mq.) ed usare il valore così corretto per il calcolo.

Percento del normale (53,1 × 1,85) = 98,23.

Nel calcolare la *Cm* e la *Cs* i valori per $V =$

quantità di urina per minuto possono essere corretti, moltiplicando

$$V \text{ per } \frac{1.73}{m^2 \text{ superficie del corpo}}$$

ciò sulla base delle ricerche di Addis, che trovò che l'eliminazione varia in proporzione diretta alla superficie del corpo. Con questa correzione anche i dati per i piccoli bambini dànno gli stessi valori normali degli adulti.

La determinazione della *clearance* ci dà, quindi, la possibilità di esprimere in cifre,

Nomogramma per il calcolo di « Standard Urea Clearance » del sangue.

$$Cs = \frac{U\sqrt{V}}{B}$$ per valori di V sotto il limite d'aumento.

Congiungere i valori osservati di U/B e V con una retta: dove questa taglia la scala intermedia si legge Cs e il corrispondente valore rispetto alla media normale presa uguale a 100.

Per soggetti che differiscono sensibilmente dalle dimensioni ordinarie dell'adulto, si deve correggere la cifra che esprime V moltiplicandola per il fattore (1,73/area del corpo in mq.) ed usare il valore così corretto per il calcolo.

che sono facilmente comprensibili (numero dei ccm. di sangue completamente liberati in un minuto del loro contenuto di urea) l'efficienza della funzione renale. Ma oltre a ciò la *clearance* ha un importante significato fisiologico e patologico.

Van Slyke riporta una ricerca di Picard (1856) il quale osservò che nei cani il contenuto di urea del sangue della vena renale era metà di quello dell'arteria renale. Se anche per l'uomo valesse un simile rapporto, l'irrorazione dei reni si dovrebbe calcolare a 150 ccm. per minuto, in tal modo nelle grandi quantità di urina e *max. clearance* (75 ccm. per minuto nel normale) verrebbe eliminato circa il 50 % di urea del sangue, nelle piccole quantità (54 ccm. per minuto nel normale) circa il 35 %.

La diminuzione del volume di sangue liberato di urea per minuto in condizioni patologiche può, secondo Van Slyke, essere dovuta a due cause: « o il volume di sangue che passa nel minuto per i reni è diminuito o la quantità della sua urea, eliminata durante il passaggio, è minore del normale ». Non è noto se quest'ultimo fatto possa verificarsi. A tale proposito Volhard crede di poter ammettere che la diminuzione del lavoro renale sia dovuta non ad un'alterazione qualitativa, ma sempre o prevalentemente ad una diminuzione del numero degli elementi funzionanti per alterazione dell'irrorazione, per cui pensa che una *clearance* bassa significhi diminuzione del numero degli elementi funzionanti e permetta quindi un giudizio sulla quantità del residuo renale funzionante (= irrorato).

La *Cs* poi, è anche una misura di concentrazione (indice di concentrazione); il valore normale 54 significa che il rene concentra l'urea 54 volte. La formula usata precedentemente da Van Slyke (1921) per calcolare l'indice ha, come è evidente, lo stesso significato della *Cs*, ma è meglio sostituita da essa. Anche la formula di Addis corrisponde nella sua essenza alla *max. clearance*, essendo determinata in condizioni di grandi quantità di urina.

Möller, McIntosh e Van Slyke hanno studiato alcuni casi di malattia di Bright in stadi diversi, da un caso acuto ad un caso cronico. Essi hanno trovato che in questi malati, la quota dell'eliminazione di urea varia col contenuto di urea del sangue e volume dell'urina nello stesso modo che nei soggetti normali. Nei nefritici tanto la *standard* che la *max. clearance* si sono dimostrate ugualmente sensibili come indicatori della funzione renale.

Così, p. es., nel malato Chi. essi hanno fatto 9 determinazioni, dopo somministrazione di acqua e di urea ed acqua; i valori trovati per *Cs* oscillavano tra 85 e 139, i valori per *Cm* tra 108 e 110; nel malato Jac. hanno fatto 24 determinazioni, dando urea con e senza acqua ed acqua con e senza urea, i 15 valori per *Cs* oscillavano tra 34 e 47, i 9 valori per *Cm* tra 38 e 47.

In 5 casi in cui la capacità di eliminare l'urea era considerevolmente ridotta, come indicata dalla *clearance* dal 40 al 12 % della media normale, tutti, eccetto uno, presentavano

talvolta un contenuto di urea del sangue, inferiore al massimo di 23 mg. %, trovato nei normali da Mac Kay. Questi risultati (Van Slyke) confermano, quindi, le conclusioni di E. M. e L. L. Mac Kay, i quali, applicando il rapporto di Addis e Watanabe trovarono che molti nefritici con bassa funzione renale, avevano nondimeno un contenuto di urea del sangue inferiore al massimo normale e sostennero che è necessario che circa metà del tessuto funzionante dei reni sia distrutto, prima che l'urea del sangue oltrepassi i limiti normali.

Van Slyke ha inoltre fatto delle ricerche di confronto tra la *clearance* dell'urea del sangue e le altre prove di funzionalità renale come concentrazione di urea, creatinina, emoglobina, fenolsulfonftaleina e urea *ratio* di Addis. Gli autori affermano che in malati con *deficit* della funzione renale la *clearance* paragonata con le altre prove si è dimostrata un indicatore più sensibile e più precoce dell'alterata funzione. Si trovano spesso, infatti, valori della *clearance* di 50 % o meno del normale prima che si osservino variazioni degli altri 3 valori. Solo con *clearance* minore del 20 %, tutte le altre ricerche dànno cifre fuori delle variazioni normali. Sembra, tuttavia, che nei malati, che migliorano di una glomerulonefrite acuta con *deficit* grave della funzione renale, l'eliminazione di ftaleina preceda talvolta di settimane l'aumento di valore della *clearance*.

Riguardo al significato dell'urea *clearance* nelle varie lesioni renali in uno studio accurato su molti nefritici, Van Slyke e collaboratori, dal paragone delle cifre terminali della *clearance* con i reperti di autopsia, concludono che « nella nefrite emorragica e degenerativa » si può interpretare la *clearance* dell'urea del sangue come una misura della quantità di tessuto glomerulare ancora funzionante. Nello stadio terminale dell'arteriolosclerosi renale (nefrite terminale arteriosclerotica degli autori americani) si sono trovati valori della *clearance* molto bassi, con una grande proporzione di glomeruli ancora intatti. Sembra, quindi, probabile che nella nefrite arteriosclerotica la caduta della *clearance* sia proporzionale alla diminuzione della corrente sanguigna renale piuttosto che alla distruzione glomerulare.

Gli autori americani hanno inoltre osservato costantemente che nei malati con funzione 20 % del normale, vi è tendenza all'uremia, con funzione 10 % è possibile ancora una certa attività se non c'è edema, con funzione 5 % l'uremia è inevitabile.

Le determinazioni dei valori dell'urea *clearance* in oltre 30 soggetti normali ci hanno dato i seguenti risultati: per *Cs* da 38 a 60 ccm. di sangue per minuto, quindi valori percento da 70 a 111, per *Cm* da 60 a 110 ccm., quindi percento da 79 a 146. Questi risultati confermano le cifre date da Van Slyke.

In 10 casi di glomerulonefrite acuta diffusa, che sono venuti all'osservazione nel periodo acuto, si è trovata all'inizio, tranne il caso N. 2, una caduta della *clearance* dell'urea del sangue del 50 % o meno del normale.

Nel caso N. 2 la *clearance*, anche durante la fase acuta, si è mantenuta nei limiti normali. Valori del 50 % o meno si sono osservati per periodi vari di tempo, da 2 a 15 settimane dall'inizio della malattia.

I valori della *clearance* nei casi N. 4, 5 e 7 erano inferiori al 20 % del normale; nel N. 7, nelle prime settimane dall'inizio della malattia, si ebbero valori del 4-8 % con sintomi uremici. Nonostante ciò anche in questi casi si ebbe una guarigione completa.

È noto da tempo che durante la glomerulonefrite acuta, benchè non costantemente, la funzione renale può trovarsi nelle varie prove gravemente danneggiata. Così in un gruppo di 37 casi, studiati da Volhard, la costante di Ambard in 10 oscillava tra 0,3 e 0,5. Nessun significato prognostico può essere attribuito a questi risultati. Lo stesso si dica per la *clearance*. Van Slyke osservò dei casi, in cui durante lo stadio acuto la funzione era normale; il *deficit* si ebbe solo successivamente con passaggio nello stadio cronico e con esito in qualche caso in uremia. Invece vide casi, che guarirono bene, nonostante una *clearance* inferiore al 10 % nel primo periodo. Ciò è confermato dalle nostre osservazioni.

L'essenziale per una buona prognosi, dice Van Slyke, è che entro i 4 mesi la *clearance*, se caduta, cominci a risalire o sia ritornata a valori normali.

Il ricupero funzionale è stato buono nei nostri casi. Tutti eccetto il N. 2, lasciarono l'ospedale con *clearance* dal 66 al 104 %, il che rientra, come si è detto, entro le variazioni dei limiti normali.

Non abbiamo avuto l'opportunità di seguire casi con passaggio dallo stadio acuto al cronico.

Abbiamo osservato 4 casi di glomerulonefrite cronica diffusa in stadio terminale con insufficienza renale. In due di essi, morti con sintomi uremici (urea del sangue da 317 a 576 mg. %) si ebbero valori per *Cs* da 8 a 3 %.

In un altro caso (N. 14) con urea del sangue da 85 a 35 mg. %, si ebbero in sei settimane di osservazione valori per *Cs* da 17 a 11 %.

Infine in un altro caso (calcolosi renale bilaterale, morte per uremia) la *clearance* era del 4,07 %.

Nei malati, quindi, morti per uremia, si sono costantemente trovati valori inferiori al 5 %, il che conferma i dati di Van Slyke, il quale dice: « quando la *clearance* dell'urea del sangue cade sotto il 5 % del normale, l'uremia è inevitabile ».

Dai risultati delle sue osservazioni Van Slyke conclude che nei nefritici quando la *clearance* si è stabilmente fissata sotto il 20 % del normale, la malattia è passata nello stadio terminale. Il valore 20 % rappresenta, quindi, il valore limite tra il 2° ed il 3° stadio.

Anche al 20 % del normale la funzione renale può essere sufficiente ad impedire l'accumulo di prodotti tossici di ritenzione. Il contenuto di urea del sangue può, infatti, per qualche tempo mantenersi entro limiti di poco superiori al normale. Questo periodo (Van Slyke) costituisce l'intervallo preuremico dello stadio terminale e può durare anche 2 anni. Il caso N. 14 ne è un esempio. In esso, come si è detto, con valori per *Cs* da 17 a 11 %, si ebbero in 6 settimane di osservazione valori di urea del sangue da 85 a 35 mg. %.

Le estese ricerche di Van Slyke e collaboratori sulla urea *clearance* costituiscono, come è riconosciuto anche da Fishberg e Volhard, un reale progresso delle nostre conoscenze sulla funzionalità renale in condizioni normali e patologiche. La semplicità della tecnica e del calcolo rendono la determinazione dell'urea *clearance* un metodo facilmente applicabile alla clinica. Come si è già detto, la *clearance*, in confronto con le altre prove, si è dimostrata agli autori — e le nostre osservazioni possono confermarlo — l'indicatore più sensibile e precoce dello stato della funzione renale.

In soggetti nefritici, infatti, abbiamo anche noi talvolta avuto l'occasione di osservare valori bassi della *clearance* sino al 40 %, quando le altre prove ordinarie della funzione renale davano cifre entro i limiti normali.

A noi sembra, quindi, che nei nefritici la determinazione dell'urea *clearance* costituisca un metodo pratico e sensibile per l'esame della funzione renale e che dall'osservazione continuata del suo comportamento nel corso della malattia sia possibile ricavarne dei dati, che permettano un migliore giudizio diagnostico e prognostico.

RIASSUNTO.

Dopo un'esposizione riassuntiva sul significato e sulla tecnica del metodo della così detta urea *clearance*, proposto da Van Slyke e collaboratori per l'esame della funzionalità renale, l'autore riporta il risultato delle proprie osservazioni su soggetti normali e nefritici, che confermano essenzialmente i dati trovati dagli autori americani.

LETTERATURA.

ADDIS and WATANABE. J. Biol. Chem., 1916, 251.
ADDIS and DRURY D. R. Ibid., 1923, 55, 105.
AUSTIN, STILLMANN and VAN SLYKE. Ibid., 1921.
MÖLLER, MCINTOSH and VAN SLYKE. J. Clin. Inv., 1928, 464; 1928, 467; 1928, 485.
PETERS and VAN SLYKE. *Quantitative Clinical Chemistry (Interpretations)*. Baillière-Tindall, 1930.
VAN SLYKE, MCINTOSH, MÖLLER. J. Clin. Inv., 1930, 37.
VAN SLYKE, STILLMANN, ecc. *Bright's Disease*. Baltimore, 1930.
VOLHARD, in *Handbuch der inneren Medizin*. Springer, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Considerazioni su di un caso di "genu impressum" (*).

(Contributo clinico e radiologico)

per il dott. VITTORIO ROMANIN,
assistente degli Ospedali Comunali di Trieste.

Il « genu impressum » è un particolare processo morboso, descritto — a quanto almeno mi consta — un'unica volta, nel 1929, da un olandese, Murk Jansen (1), secondo il quale esso sarebbe caratterizzato da uno schiacciamento e da un incurvamento all'indietro delle estremità articolari del ginocchio, con conseguente spostamento, pure all'indietro e in alto, della rotula rispetto alla faccia patellare del femore, ed accompagnato talvolta da dolori acuti che compaiono improvvisamente in seguito ad incarcerazione dei corpi adiposi, oppure da scricchiolii dovuti allo sfregamento e conseguente lesione degli strati superficiali del tessuto cartilagineo, oppure infine — nei casi avanzati — da una vera e propria resistenza dell'articolazione alla completa flessione ed estensione.

Evidentemente è un'affezione molto rara, o per lo meno affatto conosciuta, se i pochissi-

(*) Caso presentato all'Associazione Medica Triestina nella seduta scientifica del 22 aprile 1932.

(1) Zeitschrift f. Orthopädische Chirurgie, volume 52°, fasc. 2.

mi casi sino ad oggi descritti appartengono tutti alla casistica di Jansen.

L'osservazione che io mi accingo a riferire, con i caratteri propri che la distinguono, quantunque appartenga alla branca ortopedica, mi è sembrata perciò degna di particolare interesse anche per il medico internista, e ciò sopratutto per le considerazioni patogenetiche e cliniche cui si presta più che dal punto di vista statistico.

Si tratta di una ragazza di 16 anni, certa T. M., studentessa, da Trieste. Figlia terzogenita di genitori sani e tuttora viventi, ha due fratelli che godono ottima salute. Nata a termine da parto fisiologico, ebbe allattamento materno. Sviluppo psico-somatico normale. Sin dall'infanzia cominciò a dedicarsi a diversi sports e con particolare interesse al ciclismo.

All'infuori dei comuni esantemi infantili non sofferse di alcuna malattia degna di particolare menzione.

Mestruata a 13 anni, le mestruazioni si succedettero sempre regolarmente.

Il 18 dicembre u. s., trovandosi in casa, mentre camminava un po' in fretta, scivolò battendo il ginocchio sinistro contro il suolo; il dolore che ne avvertì all'istante fu così intenso che perdette completamente i sensi; riavutasi dopo pochi minuti, il dolore era completamente scomparso e la paziente potè riprendere subito le sue normali occupazioni. Non riscontrò allora tumefazione alcuna al ginocchio colpito e i movimenti erano liberi in tutte le direzioni.

FIG. 1. — Ginocchio sinistro; proiezione antero-posteriore.

Il 4 febbraio del c. a., a distanza cioè di 48 giorni dalla caduta, durante i quali non aveva accusato il minimo disturbo, vengo chiamato in casa perchè la ragazza, salendo in fretta le scale, avvertì come una trafittura interno allo stesso ginocchio, cui seguì immediatamente un dolore intensissimo che si acuiva ancor più quando la paziente voleva estendere l'arto, mentre tendeva a calmarsi nei movimenti di flessione. Messasi a letto notò che il ginocchio si era alquanto ingrossato, mentre il dolore andava gradatamente scemando sino a scomparire del tutto nello spazio di un'ora o poco più.

All'esame obbiettivo il ginocchio sinistro si presenta alquanto tumefatto, globoso, con segni di versamento endoarticolare; la misurazione comparativa dei due ginocchi dimostra una differenza di due centimetri l'uno dall'altro, misurando il sinistro cm. 38 ½ di fronte a cm. 36 ½ del destro; la cute, ben sollevabile in pieghe, non presenta alcuna alterazione; non aumento di calore, non reticolo venoso. Alla palpazione superficiale non si provoca alcun dolore; soltanto con una forte pressione digitale sulla parte anteriore dell'interlinea articolare la paziente avverte una modica dolenzia che però scompare completamente appena il dito viene rimosso. I movimenti attivi e passivi dell'arto si compiono liberamente con ampiezza normale e non provocano alcun dolore; soltanto nella massima estensione la paziente avverte un dolore abbastanza vivo in corrispondenza della linea interarticolare. Si rileva pure una lievissima ipotrofia del quadricipite, con una differenza di ½ cm. nella circonferenza della coscia fra il terzo medio e il terzo inferiore.

FIG. 2 — Ginocchio sinistro; proiezione latero-laterale.

Esaminato contemporaneamente per confronto il ginocchio destro, mi accorgo che questo — pur non palesando i segni di un versamento — presenta un rigonfiamento del corpo adiposo, che è pure sensibile alla compressione. Anche da questo lato l'iperestensione dell'arto provoca una sensa-

zione di dolore, però lievissima, in corrispondenza del punto sopradescritto.

Ma il reperto clinico più dimostrativo è quello della rotula, che sembra bilateralmente più alta che di norma e che presenta, pure in ambo le ginocchia, un'enorme spostabilità, permettendo pronunciati movimenti laterali passivi del tutto indolori.

Dopo qualche giorno di riposo a letto, scomparsa la tumefazione del ginocchio sinistro, questo presenta — come il destro — il corpo adiposo prominente e sensibile alla pressione, di modo che abbiamo ora, in condizioni *apparentemente* normali, un reperto identico d'ambo i lati con i caratteri particolari precedentemente descritti.

Prima d'indirizzare la paziente allo specialista, ho consigliato l'indagine radiografica che, praticata dal prof. Brunetti, ha dato il seguente reperto:

« Ambo le rotule risultano dislocate parecchio più in alto che di norma, ma in modo non identico, essendo al ginocchio sinistro lo spostamento più accentuato.

Normalmente nella proiezione sagittale anteroposteriore, l'estremo inferiore della rotula sta, all'età della paziente, a 3,5 cm. dalla cartilagine di coniugazione superiore della tibia e sta 1,5 cm. al di sotto di quella inferiore femorale.

Nel nostro caso a sinistra la prima misura è

FIG. 3. — Ginocchio destro; proiezione latero-laterale.

di 6 cm., la seconda di meno 1 (cioè l'estremo inferiore rotuleo sta ad 1 cm. sopra la linea di coniugazione femorale); la differenza è sempre di cm. 2,5 rispetto alla norma.

Nella proiezione latero-laterale a ginocchio esteso abbiamo le seguenti misure: distanza tra estremo inferiore rotuleo e tuberosità anteriore tibiale normalmente cm. 4; nel caso nostro a sinistra cm. 7, a destra cm. 6,5: differenza cm. 2,5 e 3 rispetto alla norma ».

Nulla di patologico all'esame dei diversi organi ed apparati.

Esame dell'orina: reazione acida, peso specifico 1016, albumina e zucchero assenti; sedimento: numerose cellule epiteliali e qualche leucocita.

Ora, tralasciando la sintomatologia presentata dalla nostra paziente subito dopo il trauma, quello che maggiormente attirava la nostra attenzione era la bilateralità dei caratteri della lesione sia nei segni clinici che in quelli radiologici.

Non potendo ammettere per tale bilateralità il fattore traumatico, essa doveva ritenersi a prima vista come un'anomalia congenita, ma poichè nella sua forma di localizzazione ricordava il quadro della rotula alta, bisognava, prima di ogni altra cosa, indagare sulla genesi della stessa.

Siccome però non esistono descritte delle rotule alte congenite, ma soltanto delle ipoplasie congenite del sistema legamentoso della rotula, era possibile ammettere una migrazione bilaterale secondaria della rotula da sforzo, e cioè mentre a destra la migrazione, rispettivamente la distensione del legamento rotuleo inferiore, si sarebbero manifestate in modo latente (nell'anamnesi infatti non risulta alcun trauma subìto al ginocchio destro), a sinistra invece alla dislocazione attuale avrebbe concorso il trauma recente, prima diretto e dopo qualche settimana indiretto, con netta sensazione di un cedimento interno o di una lacerazione, congiunta poi a versamento articolare.

Questa ipotesi, per quanto possibile, non poteva pienamente convincere, sopratutto per i caratteri omologhi presentati d'ambo i lati dalla lesione e che venivano già di per sè stessi ad escludere una diversità d'azione e di tempo dell'agente traumatico, come d'altronde, per l'assenza dei segni clinici e funzionali caratteristici, non si poteva ammettere una lussazione congenita della rotula nè una lussazione congenita intermittente del ginocchio, come descritta da Fischer, Sayre, Wolff e Hoffa.

Ma se lo spostamento in alto della rotula è l'elemento clinico e radiografico di maggior rilievo (e su questo ci soffermeremo ancora), un'indagine più accurata delle nostre radiografie mette in evidente luce un'alterazione patologica a carico delle estremità articolari, con uno schiacciamento ed un incurvamento all'indietro delle stesse. L'estremità superiore della tibia si è cioè incurvata all'indietro, per il fatto che il condilo, come risulta dalle radiografie assunte lateralmente (figg. 2 e 3), presenta nella parte posteriore una curvatura alquanto pronunciata, mentre la faccia superiore è troppo concava; il femore è spostato all'ingiù e le sue apofisi sono ricurve all'indietro e presso a poco depresse come i condili tibiali; la rotula è pertanto spostata un po' all'indietro per l'incurvamento all'indietro dell'apofisi del femore, e

in alto rispetto alla faccia patellare del femore che risulta di conseguenza lievemente spostata in basso: quadro questo che corrisponde in tutte le caratteristiche a quello descritto da Jansen sotto il nome di « genu impressum » o « patella alta spuria », per distinguerlo dalla « patella alta vera » come potrebbe chiamarsi l'allungamento vero e proprio del legamento rotuleo inferiore.

In quale rapporto possiamo ora mettere tali modificazioni scheletriche con le manifestazioni cliniche presentate dalla nostra paziente?

Noi abbiamo visto che l'estensione del ginocchio, specialmente se eseguita in modo rapido ed energico, provoca bilateralmente un dolore abbastanza vivo. Tale dolore, che non si produce mediante una lenta e parziale estensione, è dovuto probabilmente all'incarcerazione dei corpi adiposi, che — come abbiamo visto — si presentano esternamente all'indagine clinica notevolmente ingrossati per il fatto che, in seguito all'incurvamento e allo schiacciamento descritti, lo spazio nella rima articolare è rimpicciolito.

Se noi consideriamo che nel *genu impressum* la patella, per lo spostamento dei condili femorali verso il basso, abbandona — almeno parzialmente — la cavità articolare della faccia patellare del femore e che quindi, nei movimenti di flessione e di estensione del ginocchio, può innalzarsi sino al margine superiore della stessa, risulta chiaro come il corpo adiposo possa venir facilmente assorbito e addentato durante l'estensione quasi si trovasse fra le morse di una tenaglia che si rinserri (Jansen).

Dal nostro caso però non possiamo esser autorizzati a ritenere che ogni *genu impressum* si presenti sin dall'inizio con dolori e quindi con incarcerazioni, giacchè la nostra paziente non solo non aveva accusato alcun dolore prima del trauma, ma anzi — per le sue attitudini sportive (ciclismo) — poteva compiere liberamente ogni movimento di flessione e di estensione dell'arto; potremo dire invece che un trauma che colpisca abbastanza fortemente il corpo adiposo può produrre una tumefazione dello stesso, aumentando anche in questo modo il pericolo dell'incarcerazione.

Nella descrizione delle manifestazioni cliniche del *genu impressum*. Jansen ricorda pure le lesioni alla cartilagine, che possono esser dovute esse pure ad incarcerazione dei corpi adiposi e che si manifestano clinicamente con scricchiolii e sfregamenti, oppure ad incongruenza degli strati superficiali della cartilagine della patella e del femore. Nel *genu impressum* molto pronunciato si può sviluppare inoltre una forte resistenza alla completa estensione e persino alla completa flessione. Tale resistenza può, in parte provenire dall'incurvamento e schiacciamento delle apofisi articolari, in parte anche da formazioni protuberanziali alle estremità stesse che si possono osservare specialmente in soggetti anziani.

Osserviamo ora ancora una volta le nostre radiografie: mentre nel *genu impressum*, che io per opportunità chiamerò genuino, il legamento rotuleo inferiore non è allungato, oscillando tra cm. 4,5 e cm. 5,5, nel nostro caso invece, oltre alle modificazioni proprie del *genu impressum* già descritte, il legamento rotuleo misura dalla sua inserzione inferiore a quella superiore a sinistra cm. 7,3 a destra cm. 6,9; abbiamo quindi un quadro caratteristico di associazione fra *genu impressum* o patella alta spuria e patella alta vera, intendendo distinguere con questo nome — come già si è detto — l'allungamento vero e proprio del legamento rotuleo inferiore.

Mentre nel *genu impressum* genuino il legamento rotuleo inferiore non si allunga perchè il tessuto tendineo offre maggior resistenza alla trazione di quanto non offra alla pressione il tessuto osseo, nella rotula alta vera invece, si ha un cedimento per minor resistenza del tendine alla trazione.

Per concludere noi potremo dire che in questo caso ci troviamo di fronte ad un quadro clinico singolarissimo nel quale le apofisi del femore e della tibia sono ripiegate all'indietro e schiacciate, così che la rotula giace *già di per sè stessa* troppo in alto rispetto alla faccia patellare del femore che si è abbassata col femore stesso; abbiamo quindi una rotula alta spuria, secondaria cioè ad un'alterazione primitiva delle estremità articolari; a questa si è aggiunta — probabilmente in un secondo tempo — una vera e propria migrazione in alto della rotula, quindi una *rotula alta vera* per distensione del legamento rotuleo inferiore.

Senza voler entrare nella complessa patogenesi del *genu impressum*, non è certo facile ora poter stabilire se vi partecipi soltanto lo sviluppo, nel senso che l'incurvamento all'indietro delle estremità articolari del femore e della tibia sia dovuto a un rallentato sviluppo della cartilagine per aumento di pressione sulla parte posteriore (allo stesso modo come nel *genu valgum* e nel *genu varum* per aumento di pressione sulla parte laterale rispettivamente media), oppure se vi partecipi anche il grado di plasticità della sostanza ossea; certo si è che una costituzione debole, cioè un cer-

to grado di debolezza di sviluppo, agisce favorevolmente sulla formazione del *genu impressum* (Jansen).

Nel nostro caso non mi sembra di dover escludere un rapporto tra costituzione morfologica e lesione associata *genu impressum*-patella alta vera, deformità questa che, se non è dovuta ad alterazioni scheletriche vere e proprie, può — a mio modo di vedere — esser messa in rapporto anche con uno stato di ipotonia muscolare ed insufficienza legamentosa, dovute a particolari condizioni dell'individuo.

Il complesso dei momenti etiologici andrebbe pertanto, a mio modo di vedere, così ricostruito: in un soggetto costituzionalmente predisposto, con primordiale deficienza di sviluppo osseo e cartilagineo, rappresentata da un errore formativo, viene ad istituirsi un « locus minoris resistentiae », dove per effetto dell'aumentata pressione, per difetto del sistema legamentoso, per gli influssi molteplici derivanti da fattori lesivi diversi che esercitano la loro azione nel corso della vita, vengono lentamente a manifestarsi le alterazioni descritte.

Siamo sempre però nel campo delle ipotesi; comunque la coesistenza — in uno stesso soggetto — del *genu impressum* con la patella alta vera, fa pensare ad un'affinità o ad una correlazione patogenetica fra queste due forme. Il problema stesso è pertanto così complesso, che è ben difficile, dalla sola disamina del presente caso che — da quanto mi è dato di conoscere — sarebbe il secondo sino ad oggi descritto (il primo è soltanto accennato nell'articolo di Jansen), formulare sia pure una ipotesi patogenetica, già di per sè ardua per ogni singola entità nosologica.

Non credo neppure di dover soffermarmi sui rapporti ammessi recentemente fra alcune distrofie dell'apparato locomotore e determinate alterazioni endocrine, quantunque una simile ipotesi sia stata emessa ogni qualvolta si è cercato di indagare sull'origine di una distrofia ossea, e non soltanto per quelle sistematizzate e congenite; e sempre è stata messa in causa la disfunzione di una o di un dato gruppo di ghiandole a secrezione interna, le quali — come è noto — formano un sistema con relazioni tanto intime, complesse e molteplici, che la singola funzione resta spesso oscura per alcuni riguardi e talvolta si manifesta addirittura con effetti contradditori.

Ma se la possibilità di un tale rapporto è ammissibile da un punto di vista teorico, bisogna riconoscere che la sua realizzazione nella clinica umana è molto rara (Maragliano) (1); nel nostro caso particolare poi — ammessa pure la mancanza di alcune indagini accessorie — non abbiamo alcun dato clinico per sospettare uno stato morboso dell'apparato locomotore dovuto all'azione di modici od anche minimi disturbi endocrini.

Ma, a parte queste considerazioni, potremmo nel presente caso essere indotti in un errore diagnostico?

L'elemento invero di capitale importanza ci viene fornito dall'indagine radiografica, giacchè è logico che non si possa stabilire una sintomatologia tipica, unica di questa forma morbosa, come d'altronde anche lesioni anatomopatologiche pressochè identiche in alcuni soggetti possono manifestarsi sotto quadri clinici differenti.

Nella rotula dei legamenti del ginocchio, i fenomeni acuti, gonfiore dell'articolazione per idrartro o emartro, dolore vivo nei movimenti di lateralità localizzato al punto d'inserzione del legamento laterale e mediale, impotenza funzionale, si manifestano subito dopo il trauma e scompaiono rapidamente: ciò dimostra l'utilità, volendo anche dal punto di vista medico-legale, di un'esatta diagnosi differenziale, quando si debba esaminare il paziente in un primo tempo, cioè subito dopo un trauma, quando cioè il confondere un cedimento antico con uno strappamento recente potrebbe farci attribuire ad un insignificante infortunio (come p. es. nel nostro caso) l'esito di una lesione di data anteriore.

Mi si potrà obbiettare che la bilateralità della lesione viene ad escludere già di per sè stessa l'azione di un agente traumatico; ma come possiamo affermare noi, allo stato attuale delle nostre conoscenze, che ogni forma associata *genu impressum* — patella alta vera debba essere necessariamente bilaterale?

È necessario tener presenti anche la cosidetta malattia di Hoffa e la condropatia traumatica della patella di Fründ, dovuta la prima a proliferazione, sembra di origine traumatica, del corpo adiposo dell'articolazione del ginocchio, la seconda ad una lacerazione della cartilagine patellare.

In tali affezioni, come pure nelle contusioni retropatellari di Patrik Haglund, nelle condropatie patellari di Läwen e nella condromalacia patellare di König, Jansen non esclude potersi trattare eventualmente del *genu impressum*, non riconosciuto per mancanza della radiografia.

(1) XX Congresso della Soc. It. di Ortopedia, Genova, ottobre 1929.

Nelle lesioni del menisco, un sintoma differenziale va ricercato nella sede del dolore che si rileva alla palpazione in corrispondenza della regione interna del ginocchio a livello dell'interlinea articolare; qui la sintomatologia dolorosa ha inizio per lo più subito dopo un trauma indiretto (distorsione), mentre nel *genu impressum* le manifestazioni si presentano spesso senza alcun trauma o in conseguenza a un trauma diretto sul ginocchio stesso.

Non credo del tutto superfluo accennare ancora ai tre tipi di lussazione congenita della rotula: completa, intermittente e completa permanente. La prima si ha quando la rotula poggia davanti al condilo esterno, la seconda quando la flessione del ginocchio ha sorpassato un certo grado, la terza infine si produce quando la rotula rimane definitivamente lussata in fuori. Non mi soffermerò sulle lussazioni traumatiche, sia recenti che inveterate, giacchè queste, nelle numerose varietà che le distinguono, presentano un quadro clinico e anatomo-patologico troppo diverso da quello del *genu impressum*.

Comunque, in ogni caso, mezzo indispensabile per stabilire la diagnosi di *genu impressum* deve ritenersi l'indagine radiografica, che costituirà sempre il dado di fatto essenziale per chiarire il dubbio diagnostico.

Dopo quanto sono venuto esponendo dovrei dire ancora qualcosa sulla terapia. Ma giunto a questo punto io mi fermo, giacchè se il caso di per sè stesso può rappresentare una curiosità scientifica anche nella medicina clinica, il problema terapeutico è di stretta e assoluta competenza dello specialista. Porgo al primario Dott. Emilio Comisso i miei sentiti ringraziamenti per l'affettuoso appoggio e consiglio che ha voluto tributarmi in quest'occasione.

Trieste, 22 aprile 1932-X.

RIASSUNTO.

L'A., esposto un caso personale di forma associata *genu impressum*-patella alta vera, discute la patogenesi e la clinica di questa rara forma morbosa — descritta una sola volta nella letteratura e caratterizzata da uno schiacciamento e da un incurvamento all'indietro delle estremità articolari del ginocchio con conseguente spostamento, pure all'indietro e in alto, della rotula rispetto alla faccia patellare del femore — soffermandosi quindi a differenziarla da altre alterazioni patologiche a carico del ginocchio e giungendo alla conclusione che unico mezzo sicuro per stabilire la diagnosi deve ritenersi l'indagine radiografica, che costituirà sempre il dato di fatto essenziale per chiarire il dubbio diagnostico.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Nuove malattie nei bambini.

(W. BIRK. *Münch. Med. Woch.*, n. 29, 15 luglio 1932).

1. *Malattia di Feer*. — A tale forma morbosa si addice la qualifica di « nuovo » solamente nel senso che il Feer, per il primo, nel 1922-23, ne ha tracciato in modo netto il quadro clinico, mentre per l'innanzi si diagnosticava facendola rientrare in altri capitoli della patologia.

In Australia, del resto, si parla da tempo di « malattia rosea » o « eritroedema », e in America di « acrodinia ».

La diagnosi della malattia di Feer può farsi, per lo più, a prima vista, osservando l'inusitata colorazione bleu-rossastra delle estremità, della punta del naso e delle guancie. La cute è umida e i genitori narrano come i piccini sudino abbondantemente, sì da prodursi manifestazioni di sudamina più o meno abbondanti, ed esfoliazione epidermica. Vi si aggiungono poi disturbi della motilità, che ricordano quelli delle paralisi postdifteriche: mancano i riflessi patellari, a causa del grave perturbamento del tono muscolare; l'andatura è incerta (non atassica), e la stazione in piedi e seduta non può essere mantenuta a lungo; il bambino diviene apatico, scontroso, irritabile. Dalla bocca fuoriesce abbondante saliva, e la posizione preferita è quella in letto, adagiato di fianco con le ginocchia piegate, o semiseduto, col capo tra le gambe.

Frequenti gli accessi dolorosi, specie alla punta delle dita, congiunti talora a parestesie acute, per cui il bambino morde le proprie mani.

Tra le manifestazioni meno frequenti: strappamento dei capelli e conseguenti zone di alopecia, paronichie, foruncoli e infezioni del sottocutaneo, ulcerazioni della lingua e delle gengive, lesioni della cornea.

Si manifesta anche un'inversione del sonno, per cui gran parte della notte è trascorsa vegliando.

La temperatura è pressochè normale, ma vi è tachicardia ed aumento della pressione sanguigna.

Tutta la sintomatologia sopra accennata è però ben lungi dall'essere sempre costante, ed esistono molti casi atipici, che possono offrire difficoltà di diagnosi.

Per quanto poi si tratti verosimilmente di affezione del sistema neurovegetativo, molta oscurità regna ancora dal punto di vista patogenetico ed anatomopatologico.

La durata della malattia è di 3-6 mesi e più, ma l'esito più frequente è in guarigione, e i casi mortali sono dovuti, in genere, a malattie intercorrenti.

Il trattamento, per ora, dovrà limitarsi ai sintomi più fastidiosi, curando sopratutto lo stato igienico del bambino.

2. *Encefalite vaccinale.* Si tratta di una sindrome clinica, con manifestazioni a carico del sistema nervoso, la quale comparisce in connessione della praticata vaccinazione antivaiuolosa. Dopo un periodo prodromico di 4-6 giorni, cioè, nel quale si hanno modificazioni locali nel punto d'innesto e manifestazioni generali, in forma di irrequietezza, sudori, lieve ipertermia, diarrea e vomito, si presentano i sintomi encefalitici.

È però conosciuto come in parecchi casi l'encefalite vaccinale s'insedi del tutto lentamente e subdolamente, mascherata dalle normali manifestazioni morbose che accompagnano la vaccinazione.

Mentre poi alcuni soggetti presentano uno stato di sonnolenza più o meno profonda, in altri invece si hanno ipertermie e stati di agitazione e convulsivi.

Si parla quindi di forme meningitico-convulsive, accanto alle quali possono descriversene delle altre, più rare, con manifestazioni paralitiche, a tipo mono- od emiplegico.

La diagnosi differenziale con le comuni convulsioni febbrili può essere fatta sia per mezzo della puntura lombare, che riesce negativa in questo secondo caso, mentre nell'encefalite p. vaccinale si ha modico aumento di pressione del liquor e dei suoi elementi figurati; sia somministrando del piramidone, che, nel secondo caso, fa rapidamente cessare ogni sintoma morboso.

Il decorso della malattia è breve, e la mortalità si aggira intorno al 60:100. La guarigione invece sopravviene in 1-2 settimane, senza lasciar reliquati di sorta.

Poichè poi il numero dei bambini colpiti cresce col crescere dell'età, è necessario che la vaccinazione venga praticata al più presto possibile.

3. *Malattia di Bang.* Da circa un decennio tale malattia, già conosciuta nei bovini, è stata descritta anche nell'uomo, specie nei distretti rurali.

Ora, i bambini nutriti con latte vaccino possono contrarla, ma l'infezione avviene anche per contatto con altro soggetto malato.

Il decorso clinico è simile a quello della febbre tifoide, con presenza dei 3 sintomi: leucopenia, bradisfigmia e positività della diazoreazione, cui si aggiungono la roseola e il tumore di milza. La febbre ha però un carattere piuttosto ondulante, mentre varie complicazioni possono colpire tutti gli organi.

Clinicamente, dunque, è assai difficile stabilire la diagnosi, la quale si baserà sopratutto sulla sieroagglutinazione, positiva solo col germe isolato nel 1896 dal Bang.

La cura va fatta isolando il malato, ed attenendosi a tutte le norme igienico-medicamentose usate nelle infezioni a tipo tifoso. Sembra poi che il neosalvarsan possa arrecare dei benefizi.

La malattia è affine alla febbre ondulante o melitense, con cui forma oggi il vasto e importante gruppo delle « brucellosi ».

4. *Febbre ghiandolare.* Qui si tratta veramente, di un quadro morboso già individuato da Pfeiffer nel 1889, ma che in seguito era stato misconosciuto, fino a che Lehndorff nel 1929 ne rivendicò il diritto ad essere considerato entità nosologica a sè.

Si tratta di un'infezione generale che s'inizia con febbre, abbattimento, cefalea, assumendo poi andamento vario, tanto da farne descrivere più tipi: settico, anginoso, faringeo, toracico, addominale, a seconda del predominio dei sintomi concomitanti, ma sempre con netta compartecipazione di tutto il sistema linfatico (milza, anello linfatico faringeo, tessuto linfoide delle congiuntive, ghiandole salivari e preauricolari, ghiandole delle varie stazioni linfatiche).

Caratteristico è il quadro ematico, con linfocitosi spiccatissima, fino al 90:100. Non rare poi le manifestazioni cutanee. Talora, infine, la linfocitosi si conserva anche per molti anni dopo la guarigione.

La cura è anche qui sintomatica, giovando il piramidone nei casi di iperpiressia.

Esistono infine delle altre forme morbose quali: la psittacosi, la tularemia, l'agranulocitosi, l'esantema subito a febbre dei 3 giorni, la meningite sierosa epidemica, meno importanti delle precedenti, sia perchè alcune rarissime nei bambini, o descritte solamente in località singole, ed altre perchè ancora non bene chiarite nosologicamente.

M. FABERI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Il problema etiologico della mielite disseminata acuta.

(LUDO VAN BOGAERT. *La Presse Médic.*, 1932, numero 3).

Alle sei osservazioni personali di già pubblicate, Bogaert aggiunge un altro caso, facendo precedere alcuni ricordi sui casi resi noti da Cruchet e Berger, Léry e Gay, Sicard, ecc. Da questi autori furono in genere descritte come forme midollari dell'encefalite epidemica, forme midollari « basse » simili alle osservazioni precedenti del Bogaert. In tutti quei casi ai sintomi midollari si aggiungevano altri sintomi (mioclonie, sonnolenza, diplopia) che facevano giustamente rivolgere l'attenzione sulla possibilità di una « encefalite epidemica ». Sulla cinquantina di malati del Lépine, Regnier, Lesbroc, alcuni solo hanno presentato diplopia e mioclonie, mai sonnolenza. Nei casi di David e Dekester, si ritrovava la sonnolenza, ma mancavano le mioclonie e la diplopia. Infine nel 1918 Gordon Holmes ha segnalato sul fronte inglese una epidemia di paraplegie flaccide con minimi disturbi sensitivi ed evoluzione rapida verso la guarigione. Callibaud a proposito di altri casi insiste sull'inizio rapidamente insidioso con temperatura poco elevata, dopo un angina, un'influenza, un accidente infettivo banale. Nel periodo di stato, accanto ai fatti midollari, è stato visto insorgere talora una diplopia passeggera, un'amaurosi transitoria, una sonnolenza invincibile, mioclonie. Alla flaccidità succedevano disturbi spastici e talora atrofie definitive. Le modificazioni del liquor sono poco caratteristiche. Questa sintomatologia, all'infuori della mioclonia, della sonnolenza, della diplopia, ha colpito l'attenzione del Redlich, del Pette e del Bogaert: d'altra parte la presenza delle mioclonie, della diplopia, della sonnolenza, dell'amaurosi porterebbe anche bene alla diagnosi di sclerosi a placche come di encefalite epidemica. In verità peraltro, le osservazioni di paraplegia acuta epidemica, come quelle della mielite disseminata acuta, sono molto differenti dall'abituale quadro della encefalite epidemica e si comprende perchè Economo abbia messo in dubbio la identità della malattia da lui descritta con l'encefalomielite diffusa di Cruchet. Il caso del quale Bogaert si occupa ora, apporta un contributo anatomo-patologico alla questione.

Si trattava di una ventinovenne senza antecedenti patologici che il 29 giugno 1930 è colpita da lieve forma influenzale: dopo quattro giorni dolori violenti al fianco sinistro, anuria, dolori alla gamba sinistra. La febbre scende dal 38° al 37,1. Nella notte successiva, paraplegia flaccida, stipsi, incontinenza delle urine. Formicolii a partire dall'ombelico in basso a sinistra. Areflexia, ipoestesia marcata a partire dal livello della L. 2. Il 10 luglio si nota paraplegia flaccida, non Babinski, ipoestesia tattile termica e dolorifica a partire dalla L. 2 fino alla S. 1. Abolizione dei riflessi addominali, violenti dolori nel territorio radicolare corrispondente a D 12 a destra; negativa la radiografia vertebrale; la puntura lombare mostra liquido chiaro col 0,60 di albumina, e due cellule per mmc. Negative le comuni reazioni.

Dal 15 luglio al 10 ottobre la paraplegia diviene spastica con sintomi di automatismo midollare e Babinski; paresi lieve dei due arti superiori; disturbi sensitivi fino alla C 7; iperalbuminorachia; sintomi di blocco parziale alla manovra della compressione delle giugulari nella puntura lombare. Escare estese; infezione, morte.

Anatomicamente si ritrovò tutto il segmento del midollo fra la D. 12 e la L. 2 circondato da una aracnoidite cistica particolarmente spessa nella zona postero laterale del midollo ed attorno alle radici posteriori. Le cavità cistiche erano piene di liquido; al disotto il midollo appariva congestionato e molle alla palpazione.

Lo studio microscopico del nevrasse mostra tre tipi di lesioni:

1) Una degenerazione marcata dei cordoni posteriori, che raggiunge il massimo nel midollo lombare.

2) Una degenerazione non sistematica ed irregolare dei cordoni anterolaterali con particolare predilezione per la zona marginale sottoepiteliale, a livello della quale si notano tratti di demielinizzazione perivascolare poco larghi e di forma variabile.

3) Una lesione importante dei corni anteriori con lesioni grossolane degli elementi ganglionari motori e simpatici. Nel corno anteriore i vasi sono dilatati, la guaina avventizia disseminata di elementi di disintegrazione.

Le radici posteriori sono molto lese con gran numero di fibre in degenerazione. Nè le radici anteriori sono completamente indenni.

Riassumendo: lo studio anatomico rivela le sequele di una mielite degenerativa diffusa interessante con predilezione la sostanza bianca midollare, in particolare quella del cordone posteriore, ma non risparmiante i cordoni antero laterali, nè la sostanza grigia dei cordoni anteriori. Essa si accompagna a lesioni radicolari. Questa degenerazione evolve con piccoli focolai iuxta vascolari interessanti un certo numero di fibre. Le perivascolariti indicano l'antichità delle lesioni e la topografia della disintegrazione.

Queste constatazioni anatomiche possono portare qualche indicazione sulla sistemazione nosologica di queste mieliti? Sono esse indipendenti, clinicamente ed anatomicamente

dalla sclerosi multipla e dalla encefalite epidemica? È noto che è difficile stabilire un limite fra alcune mieliti in apparenza infettive, ed il tipo acuto della sclerosi a placche. Molte tossinfezioni si localizzano anche nel midollo con focolai di demielinizzazione a topografia perivascolare con variabile distruzione degli assoni. Ma è questo un criterio sufficiente per affermare l'identità nosologica con la sclerosi a placche? Nel caso descritto non vi sono placche di sclerosi con la caratteristica distruzione della mielina; con la conservazione relativa degli assoni, con l'organizzazione secondaria di un processo neurologico fibroso.

E' merita di esser discussa la diagnosi anatomica delle forme basse dell'encefalite letargica. In questa malattia furono descritte, è noto, anche in quella forma psichica, lesioni midollari, con infiltrazioni diffuse intorno ai vasi od a livello delle meningi, con cellule radicolari indenni o quasi, con minima alterazione della mielina. Queste lesioni sono perciò differenti da quelle precedentemente descritte, lesioni le quali si allontanano anche da quelle della malattia di Heine-Medin, ove dominano le lesioni cellulari acute, la neurolisi e la neuronofagia, le reazioni polinucleari, ed una sclerosi cicatriziale precoce e definitiva.

L'analisi istologica conferma in una certa misura gli argomenti clinici tendenti a separare queste mieliti disseminate della sclerosi a placche e dell'encefalite epidemica: probabilmente molte delle mieliti così descritte debbono essere, in uno con quella osservata dall'A., dal Redlich, dal Pette, incluse nelle encefalomieliti disseminate acute. E se il quadro anatomico della mielite disseminata acuta scarta quello della sclerosi multipla e dell'encefalite epidemica, merita forse una particolare individualizzazione dal punto di vista anatomoclinico delle mieliti?

È certo che nel gruppo delle mieliti, la mielite disseminata acuta ha una evoluzione clinica particolare, dal punto di vista anatomico non corrisponde alle immagini abituali nè della sclerosi multiloculare, nè dell'encefalite epidemica, nè della malattia di Heine Medin. Essa si presenta come una mielite degenerativa subacuta senza formula caratteristica. Nel caso dell'A. un errore avrebbe potuto portare la dissociazione albumino-citologica: in uno con gli altri sintomi di blocco sarebbero rimasti ingannati radiologo e chirurgo: il controllo anatomico ha mostrato le ragioni di questo blocco in una vasta zona di aracnoidite cistica. A causa delle lesioni midollari sottostanti si spiegano gli insuccessi in alcune ablazioni di aracnoiditi (forme pseudo tumorali della mielite). È verosimile che in questo gruppo di aracnoiditi spinali — insuccessi dei chirurgi — taluni casi debbono ascriversi alle mieliti precedentemente descritte.

MONTELEONE.

La genesi ed il trattamento dell'apoplessia.

(K. WESTPHAL. *Deut. med. Wochens.*, 29 aprile 1932).

La genesi dell'emorragia cerebrale acuta ed improvvisa, che non sia in dipendenza di un processo embolico cerebrale o di una lesione sifilitica ovvero di una trombosi di un'arteria con arteriosclerosi di alto grado, appare abbastanza semplice: la lacerazione di uno o più vasi cerebrali arteriosclerosati sotto l'influenza di un elevamento di pressione sanguigna, a cui succede l'emorragia che lede un campo più o meno vasto del cervello.

Spesso però, si rileva che l'arteriosclerosi vasale manca del tutto; ed anche lo studio preciso dei prodromi e dello stesso attacco apoplettico, come pure la ricerca anatomo-patologica dimostra che anche in questo caso, come del resto accade spesso in natura, le cose apparentemente semplici sono in realtà molto complicate.

L'A. ricorda la teoria di Charcot e Beauchard degli aneurismi miliari come momento patogenetico dell'apoplessia; ulteriori ricerche hanno dimostrato che tali aneurismi non sono costanti ed, anche quando vi sono, si ha più che altro a che fare con forme dissociate a parete vasale lacerata o con ematoma extramurale.

Importanti sono, sotto questo punto di vista, le vedute di Rosenblath il quale nega che la genesi dell'emorragia cerebrale sia da riferirsi alla rottura in un solo grosso vaso. I così detti aneurismi miliari sarebbero soltanto delle forme accessorie che si manifestano in una parete vasale già morta. L'emorragia, invece, si avrebbe principalmente da capillari e vene distrutti in massa per un processo di natura chimica che colpisce improvvisamente un dato territorio cerebrale. La nefrite cronica avrebbe grande importanza in tali processi e l'autore citato l'avrebbe riscontrata in 11 dei 12 casi studiati.

Dalle ricerche dell'A. risulta che al margine del focolaio apoplettico si osservano numerosi e piccoli o piccolissimi focolai emorragici, reperto che indica la necessità di uno studio preciso sulle modificazioni che subiscono i vasi. Di fatti, si trovano lesioni della parete vasale estese, ma di grado modico, con un certo rigonfiamento della media e necrosi nucleare, pure rimanendo intatta l'intima. Si possono avere lesioni più gravi le quali dimostrano, in complesso, una angionecrosi generale nel territorio emorragico ed ai suoi margini, con numerose piccole emorragie, spesso anulari con un piccolo vasellino rigonfiato al centro. Importante è il rilevare che attorno ad essi si trovano dei capillari molto dilatati e delle piccole vene, in cui i nuclei della parete vasale sono ben conservati. Questo reperto, come pure quello di ammassi di leucociti a nucleo lo-

bato, sta a indicare che le emorragie possono avvenire non soltanto per una lesione necrotica della parete vasale, ma come emorragie di dieresi e di diapedesi dovute a stasi dei capillari e delle piccole vene. Ed è importante il rilevare che, anche nella combinazione di rammollimento bianco e rosso in un focolaio, si possono riconoscere gli stessi processi necrotici dei vasi nel territorio non emorragico.

Ammesso, quindi, che nell'apoplessia non si tratti della rottura di una grossa arteria paragonabile allo scoppio di un grosso tubo di condotta d'acqua, quale meccanismo si può invocare per spiegare il succedersi dei fenomeni che portano in breve tempo, spesso in meno di un'ora, alla distruzione emorragica della sostanza cerebrale? L'A. invoca a tale proposito i complicati fenomeni vasomotori che si hanno nell'ipertensione arteriosa ed esamina in quale modo si può arrivare alle improvvise lesioni cerebrali.

Nel 50 % dei casi di apoplessia della Clinica medica di Francoforte, si trattava di individui sotto i 60 anni, quindi in un'età di reazioni vitali abbastanza forti ed esposti specialmente alle crisi indotte dal climaterio, sia femminile che maschile. In tali condizioni, gli stimoli esogeni od endogeni (come eccitazioni psichiche, un pasto troppo abbondante, degli sforzi fisici, l'eccitazione di un sogno notturno, il premere nell'atto di defecare, le esigenze circolatorie del coito) possono indurre a crisi di pressione. La misura della pressione sanguigna dimostra che questi individui vanno soggetti — anche se normalmente hanno pressione bassa — ad improvvisi e forti elevamenti di pressione, che si rilevano specialmente nei momenti in cui tali pazienti si lamentano di cefalea o di vertigini.

I PRODROMI E LE CONDIZIONI DEL CIRCOLO.

I *prodromi* che molti apoplettici accusano come premonitori dell'attacco sono: lievi vertigini, nella forma di un improvviso oscuramento della vista, non come una vera vertigine rotatoria, intensa cefalea, che specialmente negli individui che soffrono di emicrania precede di molti anni nella stessa localizzazione dove più tardi si avrà l'emorragia, uno stato di intontimento di angoscia senza motivo, che arriva talvolta alla nausea ed al vomito. Questi segni prodromici si osservano più evidenti nei periodi di tempo in cui sogliono più spesso verificarsi le apoplessie, cioè di primavera e di autunno, come anche nei periodi di cambiamenti di tempo, sia durante le pressioni molto basse come durante quelle molto alte, tutti momenti che aumentano i disturbi dell'ipertonia e, quindi, il verificarsi dell'apoplessia.

Nell'esame delle condizioni del circolo degli ipertonici, si trovano dei fatti che sono importanti per ben comprendere la patogenesi dell'apoplessia, cioè la tendenza al forte dermografismo ed all'eritema riflesso ed, all'esame capillaroscopico, la dilatazione di tutte le anse capillari e dei plessi subpapillari; macroscopicamente, si rilevano le varici capillari e, finalmente, l'aumento della disposizione alle emorragie, con la prova della stasi alla Rumper-Leede.

Una prova da farsi in questi pazienti è quella della reazione inversa dell'ipertonia al laccio tenuto per breve tempo. Si fa l'osservazione microscopica dei capillari e si interrompe per un minuto l'afflusso arterioso al dito mediante il consueto bracciale per la misura della pressione; invece della iperemia che si osserva normalmente, si ha un deciso impallidimento con scomparsa o notevole restringimento dei capillari, per la durata di 5-20 minuti. Questo reperto dimostra che in tali pazienti la capacità di dilatazione, porta invece una notevole costrizione, che può durare a lungo.

Applicando questi dati ai vasi cerebrali, troviamo che in presenza di un improvviso aumento di pressione sanguigna, si verifica uno stato di notevole contrazione, come del resto, si può vedere nei vasi del fondo dell'occhio.

L'INSULTO ANGIOSPASTICO.

Il grado più elevato di questi disturbi vasali funzionali cerebrali lo troviamo nel così detto *insulto angiospastico*. Un individuo ipertonico viene improvvisamente colpito da paralisi; per alcuni minuti egli è nell'assoluta incapacità di muovere il braccio, o di parlare, talvolta, si ha anche abbassamento dell'angolo della bocca. Dopo 2-10 minuti, talora anche dopo mezz'ora, tale paralisi scompare improvvisamente, insieme con quello stato di intontimento e di angoscia che l'accompagnava. Tali insulti possono ripetersi nello stesso paziente, senza lasciare tracce di sorta, in altri invece precedono di ore o di giorni l'attacco di apoplessia. La pressione sanguigna, misurata nel momento dell'insulto, è più elevata che di norma; così l'A., in una paziente ha trovato 180-185, in luogo dei consueti 130-140.

In molti di questi malati, all'autopsia non si trovarono lesioni macroscopiche di sorta, nonostante i ripetuti attacchi di paralisi. L'esame microscopico, però, in un caso dell'A. ha dimostrato notevoli lesioni vasali, con perdita completa del nucleo e rigonfiamento della tunica media che qua e là era ingrossata di 2-5 volte. Le lesioni erano però limitate alle arterie, senza estendersi ai capillari, ed alle vene, che altrimenti avrebbero determinati le gravi emorragie dell'apoplessia.

La nozione dell'insulto angiospastico è importante per ben comprendere la genesi dell'apoplessia. Noi dobbiamo ammettere che, in questi cervelli come accade per il morbo di Raynaud delle dita, che pure si osserva in iper-

tonici, si abbiano delle contrazioni arteriose con completa ostruzione vasale e, quindi, forte anemia nel territorio capillare e venoso, od anche stasi venosa e capillare. Queste contrazioni vasali possono essere di maggiore o minor grado e durata e quindi la lesione del corrispondente territorio ischemizzato sarà più o meno forte. Se la contrazione arteriosa scompare dopo pochi minuti, si ha il ristabilimento del territorio colpito. Se, invece, permangono i fenomeni di contrazione arteriosa, da soli o con quelli di stasi e di prestàsi, si può arrivare a disturbi di nutrizione del territorio cerebrale colpito che colpiscono a vicenda i capillari, le vene e le arterie. Il ripetersi degli stati ischemici, come si osserva nelle crisi di pressione dell'ipertonia, porta una ripetizione delle lesioni ed, anche prima del formarsi di una copiosa emorragia, alle piccole lesioni del tessuto e dei vasi che facilitano poi il verificarsi dell'apoplessia.

L'A. considera poi i punti di predilezione dell'apoplessia e rileva la grande sensibilità della sostanza grigia cerebrale alla sottrazione di ossigeno; in seguito a questa, si forma dell'acido lattico, che porta a processi autolitici. Nella distruzione totale della sostanza cerebrale quale si osserva nell'apoplessia emorragica, si hanno processi autolitici unitamente all'azione di fermenti proteolitici, azione che si manifesta già dopo 15-20 minuti.

Nei focolai di rammollimento arteriosclerotico dei vecchi, si tratta per lo più di rammollimento bianco, poichè in essi l'ostruzione del vaso non è completa e per le cattive condizioni del circolo manca l'alta pressione arteriosa. Invece, nelle apoplessie tipiche degli ipertonici si ha una cattiva sanguificazione del tessuto cerebrale che si distrugge per autolisi e, per le lesioni necrotiche dell'arteria, dopo il rilasciamento degli spasmi, il sangue spinto dalla pressione elevata si diffonde nel tessuto cerebrale.

L'A. richiama anche l'azione dei traumi cranici nella genesi di apoplessie tardive, che particolarmente si osservano dopo infortuni automobilistici, pure senza gravi fenomeni di commozione, specialmente in individui anziani.

In complesso, dunque, l'apoplessia va considerata come un processo molto complicato a cui prendono parte le funzioni patologiche dei vasi nell'elevata pressione arteriosa, la speciale sensibilità della sostanza grigia dei gangli alla ischemia e la loro tendenza alle modificazioni chimiche; tutti fattori che cooperano per determinare il vistoso processso anatomopatologico dell'apoplessia sanguigna.

TERAPIA.

L'emiplegia acuta non è provocata direttamente dalle descritte lesioni nei gangli, ma dal fatto che nelle loro zone marginali viene colpita in parte la capsula interna. In molti casi non si tratta che di una impregnazione acquosa della sostanza cerebrale, mentre le lesioni anatomiche delle vie motorie sono soltanto di scarso grado. Il problema terapeutico sta nel vedere se si può agire su questo edema al margine del focolaio emorragico e sull'eliminazione dell'autolisi e dei fermenti. Il vecchio salasso, anche se fatto in quantità di 300-500 cmc. e subito dopo l'accesso porta poco giovamento. Manca spesso la desiderata diminuzione di pressione, pure contribuendo l'idremia provocata all'eliminazione dell'edema marginale. Molto più attive sono le iniezioni ripetute per 10 giorni di una soluzione ipertonica, incominciandole al più presto dopo l'attacco: l'A. inietta giornalmente 50 cmc. di una soluzione di glucosio al 40 %. In alcuni casi ha avuto dei risultati sorprendenti, con scomparsa totale o quasi in mezz'ora od in poche ore della paralisi; in molti altri casi di apoplessia degli ipertonici, ha veduto che la retrocessione della paralisi è più rapida che con la consueta terapia aspettante. Il rammollimento cerebrale nell'arteriosclerosi senile reagisce, naturalmente, molto meno.

L'A. raccomanda altresì l'uso di un preparato di caffeina con novocaina il quale agisce meglio che la sola caffeina per una migliore sanguificazione del territorio ischemico. Le punture lombari, con sottrazione di notevoli quantità di liquor, rinforzano l'azione delle iniezioni ipertoniche di glucosio.

La *profilassi* dell'attacco apoplettico costituisce un largo campo che comprende tutto il trattamento dell'ipertonia. L'A. consiglia a tale scopo, oltre a piccole dosi di rodan (10 cg. al giorno) o di specialità che lo contengono, una dieta ipoclorurata e povera di grassi e di carni. Sotto quest'ultimo punto di vista, sono importanti le ricerche sui lipoidi, che hanno dimostrato come gli spostamenti della colesterina e della lecitina possano agire sulla genesi delle crisi d'ipertensione. Ora la quantità di questi lipoidi che si introduce nell'organismo dipende essenzialmente dal modo di nutrizione. La frequenza dell'apoplessia nei cinesi che si nutrono largamente di carne di maiale, in confronto con la relativa rarità nei giapponesi essenzialmente vegetariani, starebbe a dimostrare l'importanza del modo di nutrizione per la genesi dell'attacco di apoplessia.

In qualche caso, anche gli interventi come la castrazione operativa o roentgenologica della donna possono predisporre all'ipertensione e, quindi, all'apoplessia. È questo un motivo di più per limitare tali interventi, tanto più che nella maggior parte dei casi può bastare l'asportazione dell'utero e delle trombe.

Non si dimentichi poi che il quadro dell'ipertensione non si limita al cervello, ma comprende i reni, il cuore, la retina, per cui vi sono pure dei pericoli e si possono avere le stesse lesioni istopatologiche che si osservano nel cervello. *fil.*

Sindrome astenica e malattie diverse.

(R. BENON. *Bull. Méd.*, 23 luglio 1932)

L'astenia nervosa generale, cioè l'astenia muscolare e psichica, sia transitoria che durevole, che può coesistere con una lunga serie di malattie molto diverse, se di solito non provoca alcuna reazione nervosa o psichica seria, qualche volta crea delle vere complicazioni terapeutiche, esaltando l'emotività del soggetto o anche svegliando in esso le tendenze deliranti.

A. *Astenia sindrome episodica e malattie acute.* L'astenia muscolare e psichica è da considerare come quasi di regola nel corso delle malattie acute. La sindrome astenica in queste affezioni è di norma accessoria: evolve con la malattia infettiva o tossi-infettiva é scompare con essa; qualche volta prolunga la convalescenza per la sua durata insolita. L'astenia che accompagna le intossicazioni è ancora una sindrome accessoria, ad esito generalmente favorevole. L'astenia che si sviluppa sotto l'influenza di un trauma, di un'insolazione, dei *surmenage* sembra costituire l'essenziale della malattia; non è più una sindrome accessoria, per quanto sia spesso ancora episodica.

L'astenia che interviene in occasione di uno choc emotivo, di uno stato passionale, di un delirio, l'astenia che coesiste con la confusione mentale o che l'accompagna, è d'ordinario ancora episodica o accessoria.

1. *Astenia e infezioni acute.* Fra le malattie acute astenizzanti, oltre la febbre tifoide, (in cui l'astenia raggiunge il suo più alto grado, lo stupore), e la grippe, bisogna citare il reumatismo articolare acuto, la meningite cerebro-spinale, la scarlattina, la febbre puerperale, la sifilide nel periodo secondario, il colera, il vaiuolo, la dengue, la pleurite, il flemmone, la malaria, ecc. L'astenia del periodo secondario della sifilide è importante a conoscere in ragione delle direttive terapeutiche.

2. *Astenia e intossicazioni acute.* Fra le intossicazioni acute astenizzanti bisogna segnalare le intossicazioni alimentari per funghi, fra le quali l'avvelenamento da amanite dà luogo più frequentemente ad alternative di depressione e di eccitazioni. Alcune intossicazioni da gas asfissianti sono seguite da astenia.

3. *Astenia e stanchezza.* Tanto la stanchezza muscolare che la stanchezza intellettuale provocano astenia. Quanto alla stanchezza emotiva essa può essere volontaria (provocata da desiderio di arrivare, ambizione talora smisurata) ed è quella che forse provoca più comunemente l'astenia nervosa generalizzata; oppure imposta ed allora porta allo spostamento nervoso generale senza aggiunta di elementi emozionali dolorosi.

All'inizio i sintomi non sono caratteristici; nel periodo di stato la sindrome astenica non è più uno stato accessorio, è l'essenziale.

4. *Astenia e traumatismi.* L'astenia può seguire non soltanto ai traumi del cranio, ma anche a quelli del tronco e degli arti, per quanto raramente. I dolori post-traumatici, sopratutto nei traumi del tronco e degli arti, possono avere importanza notevole nello sviluppo della sindrome astenica.

Dal punto di vista clinico, l'astenia provocata dai traumi può essere leggera, di media gravità o grave fino ad assumere la forma stuporosa.

Si può mettere accanto all'astenia post-traumatica l'astenia che si sviluppa in occasione del colpo di calore o insolazione.

5. *Astenia ed emorragie.* La sindrome astenica episodica post-emorragica non presenta particolarità cliniche speciali. Nei traumi del tronco o degli arti che si accompagnano a grandi emorragie, l'astenia ha una doppia origine, diretta e mediata, ma questo non sembra un fattore di gravità.

6) *Astenia e ipertimie.* L'astenia episodica determinata dalle sindromi emozionali o ipertimiche affettive accompagnate o no da delirio è di osservazione corrente. Si osservano comunemente esempi di ipertimie melanconiche senza delirio, di ipertimie ansiose senza delirio che provocano dell'astenia episodica. Uno stato passionale nel quale predominano le emozioni afflittive, si accompagna quasi sempre ad astenia passeggera. Nei distimici costituzionali, negli impulsivi, negli « squilibrati o degenerati di Magnan », che sono soggetti ad alternative di depressione e di eccitazione, gli accessi di depressione o astenia sono sempre di corta durata. Una crisi di isteria o parecchie crisi di isteria possono essere seguite da uno stato di astenia suscettibile di durare una settimana o parecchie settimane. Sembra persino che l'astenia determinata dalle crisi epilettiche si dissipi più presto dell'astenia provocata dalle crisi isteriche.

Nella malinconia delirante, nelle ipertimie deliranti l'astenia cresce progressivamente nel corso dell'accesso e quando il malato guarisce è generalmente l'ultima a scomparire. Nel delirio di persecuzione essa è spesso molto netta sin dall'inizio.

7. *Astenia e confusione mentale.* L'astenia che accompagna la confusione mentale dipende dalla stessa causa di questa. Astenia e confusione mentale sono due sindromi differenti: la prima equivale a confusione delle idee, mentre la seconda equivale a confusione nella percezione.

B. *Sindrome astenica e malattie croniche.* L'astenia del periodo secondario della sifilide è suscettibile di passare allo stato cronico e di restare cronica come la sifilide stessa. La malaria cronica si accompagna ad astenia cronica. Nel cancro l'astenia cronica è

molto comune e più ancora nella colibacillosi.

Le malattie del tubo digestivo e dei suoi annessi che talora danno luogo ad una sindrome astenica cronica sono le dispepsie, le enteriti con o senza ptosi, le epatiti, la malattia di Banti. La tubercolosi polmonare si complica raramente ad astenia cronica. Questo spiega come il tubercolotico solo eccezionalmente sia melanconico o ipocondriaco.

L'azotemia evolve frequentemente con uno stato di astenia cronico, che provoca la comparsa di idee melanconiche o ipocondriache più o meno ben sistematizzate. Astenia cronica provocano spesso le metriti croniche o altre affezioni utero-ovariche.

Fra le malattie del sistema nervoso che possono dare astenia durevole o cronica bisogna citare la tabe, la paralisi generale, le demenze dette organiche, la malattia di Parkinson, le coree, i tumori cerebrali, l'encefalite epidemica, la paralisi pseudo-bulbare di Erb-Goldflam, ecc.

Un certo numero di malattie mentali, senza lesioni note, evolvono con una sindrome astenica cronica, secondaria, accessoria, più o meno accentuata. Sono ancora da aggiungere alcune malattie del sangue (leucemia, anemia perniciosa, ecc.) ed alcune malattie degli organi a secrezione interna (specie il morbo di Addison).

L'alcoolismo, il saturnismo, il tabagismo e il caffeismo cronici non determinano direttamente l'astenia cronica. C. TOSCANO.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

Gli stati emorragipari di tipo emogenico. Patogenesi e trattamento.

(J. ROSKAM. *Le Scalpel*. 16 luglio 1932).

Dall'epoca in cui Denys scoprì la grande povertà del sangue in trombociti nella porpora emorragica cronica, si cominciò a combattere la concezione antica, che voleva far della porpora una malattia dei vasi. E mentre certe porpore, come la porpora reumatoide di Schönlein-Henoch, lo scorbuto, la malattia di Möller-Barlow, la porpora senile, la porpora cachettica, ecc. continuarono ad essere considerate dipendenti da lesioni vascolari, altre porpore, specialmente le forme severe della porpora emorragica idiopatica o delle porpore infettive, divennero delle malattie del sangue, più esattamente delle piastrine, delle « trombocitopenie » o « trombopenie » essenziali o sintomatiche.

Gli argomenti invocati in favore della natura puramente trombopenica di queste porpora furono sopratutto clinici e sperimentali. Per numerosi clinici la gravità della sindrome emorragipara di tipo emogenico, specialmente la lunghezza del tempo di emorragia, sarebbe rigorosamente parallela alla povertà del sangue in piastrine. Più lo stato emorragico è grave, e più intensa sarebbe la trombopenia. Per contro durante le remissioni si noterebbe un aumento della cifra delle piastrine. È così che la splenectomia che così spesso guarisce la porpora emorragica cronica, riporta al normale il numero delle piastrine. È così ancora che la trasfusione migliora lo stato dei purpurici fino a quando persistono nel sangue del ricevitore le piastrine del donatore. Senza trombopenia non vi sarebbe dunque sindrome emogenica e la gravità di questa sindrome sarebbe funzione della povertà del sangue in piastrine.

Ma l'A. ha pubblicato delle osservazioni di porpore severe senza trombopenia, e di trombopenie intense senza porpora, osservazioni confermate da numerosi AA.

Morawitz e Jürgens hanno potuto mettere in evidenza una minore agglutinabilità delle piastrine in due casi di porpora senza trombopenia, ma sembra che un fattore vascolare intervenga, a lato della « tromboastenia », per determinare l'incoercibilità delle emorragie.

L'assenza di porpora in soggetti fortemente trombopenici, la possibilità di ottenere nei purpurici a sangue povero di piastrine, tempi di emorragie molto differenti secondo i distretti vascolari incisi, parlano in favore dell'intervento di un fattore vascolare nella patogenesi dell'incoercibilità delle emorragie.

L'esperimento ha dimostrato che l'iniezione all'animale di un siero anti-piastrine appropriato può renderlo purpurico. Fatto notevole: sono purpurigeni solo i sieri citotossici ricchi in anticorpi antipiastrine.

È con ciò dimostrata l'origine trombopenica della porpora. L'A., eseguendo delle ricerche su animali, servendosi del metodo delle circolazioni derivate, consistente nell'irrigare la testa isolata di un ricevitore con il sangue di un donatore, ha potuto vedere che la trombopenia per sè sola e delle lesioni vascolari senza trombopenia non sono capaci di determinare un prolungamento notevole del tempo di emorragia. L'associazione di lesioni vascolari deboli e di una trombopenia moderata, prolungano debolmente il tempo di emorragia. L'associazione di lesioni vascolari forti e di trombopenia debole, lo prolunga fortemente, ed un effetto ancora più evidente si ha dall'associazione di lesioni vascolari forti e di trombopenia forte.

Dunque la porpora emorragica risulta dall'azione combinata di lesioni vascolari e di lesioni sanguigne. Si può tuttavia pensare che lesioni vascolari molto gravi possano, in assenza di ogni trombopenia o tromboastenia, determinare dei veri stati emorragipari, simili a quello dello scorbuto nel quale non si nota

da parte del sangue nè rarefazione nè minore agglutinabilità delle piastrine.

È dunque legittima la creazione del gruppo delle sindromi emogeniche, comprendente tutti gli stati emorragipari senza disturbi della coagulabilità del sangue: emogenia di E. Weil in senso stretto, porpore emorragiche sintomatiche, porpora reumatoide di tipo Schönlein-Henoch, angiomatosi emorragica ereditaria di Osler, scorbuto, malattia di Barlow, ecc.

Queste sindromi emorragiche devono essere opposte agli stati emofilici. Negli emofilici, l'incoagulabilità del sangue provoca uno stato emorragico caratterizzato: 1° dalla incoercibilità delle emorragie; 2° dalla loro localizzazione a livello degli organi mobili o esposti ai traumi; 3° dall'assenza costante di elementi cutanei del tifo petecchiale; 4° dalla durata normale o quasi normale del tempo di emorragia; 5° dal risultato costantemente negativo della prova del bracciale.

Negli emogenici in senso lato si osservano invece quattro sintomi fondamentali: 1° la conservazione di una coagulabilità sanguigna normale; 2° l'incoercibilità delle emorragie spontanee accidentali o provocate; 3° la loro rimarchevole facilità, anche la loro spontaneità; 4° la diffusione delle arie vascolari a livello delle quali compaiono emorragie.

Le considerazioni patogenetiche su esposte sono suscettibili di applicazioni pratiche.

Sono noti i numerosi mezzi che si adoperano contro il sintomo maggiore dello stato emorragico: l'emorragia profusa. Quali regole guideranno la nostra scelta fra tanti mezzi terapeutici?

Nella porpora reumatica, nel corso della quale i malati presentano frequentemente una certa idiosincrasia per il peptone ed i sieri, si dovrà limitarsi al cloruro di calcio. Negli emogenici costituzionali si terrà conto ugualmente della grande sensibilità dei pazienti alle iniezioni di siero, sopratutto dopo una prima iniezione, e si adopereranno a preferenza i medicamenti a debole potere anafilattizzante (peptone, siero emostatico).

Se il malato si trova in istato di anafilassi, si potrà desensibilizzarlo con il metodo di Besredka.

Il trattamento fondamentale dovrà tener conto della etiologia dello stato emorragico in causa. Così per lo scorbuto, per l'emogenia di origine infettiva o tossica, ecc. ci si indirizzerà contro la causa provocatrice. Nei casi di porpora emorragica costituzionale con trombopenia, spesso si pone il problema operatorio. Vi sono due interventi capaci di fare scomparire lo stato emorragiparo: la splenectomia e la legatura dell'arteria splenica. Abitualmente gli atti operatori negli emogenici costituzionali sono della più grande gravità. Non solamente essi sono capaci di provocare a livello della lesione chirurgica delle emorragie gravissime, ma possono inoltre provocare, con il curioso meccanismo dell'emotripsia, una esacerbazione generalizzata dallo stato emorragico: negli emogenici l'emorragia richiama le emorragie. Ma questo non avviene nel caso dei due interventi sopra ricordati.

A quale dei due interventi dare la preferenza? La legatura dell'arteria splenica si impone nella porpora emorragica acuta e nell'emogenia con stato generale grave, essendo in questi casi molto gravi i rischi della splenectomia.

L'A. consiglia invece la splenectomia nella porpora emorragica cronica senza alterazione notevole dello stato generale, tenendo conto delle alterazioni che differenti AA. hanno osservato negli animali a carico della cellula epatica in conseguenza dell'autolisi asettica della milza esclusa dalla circolazione con la legatura del peduncolo.

Generalmente la splenectomia e la legatura dell'arteria splenica sono seguite da una iperpiastrinemia acuta, alla quale succede il ritorno alla norma del numero dei trombociti. È stato sostenuto che a ciò si deve la guarigione. Ma così non è, perchè si vedono delle porpore emorragiche continuare ad evolvere malgrado il ritorno dalla norma del numero delle piastrine e, inversamente, si vede spesso l'estirpazione della milza e la legatura dell'arteria splenica guarire l'emogenia senza migliorare le stimmate ematiche di questa malattia. Splenectomia e legatura dell'arteria splenica agiscono dunque non soltanto sul sangue, ma anche sulla parete vascolare.

Ed ecco che appare possibile una nuova applicazione pratica della concezione patogenetica generale delle sindromi emorragiche alla quale siamo stati condotti. Poichè splenectomia e legatura dell'arteria splenica sembrano agire sulla tara vascolare degli emogenici, ci si può domandare se questa terapia non è utilizzabile, oltre che negli emogenici, trombopenici, anche nelle sindromi emogeniche gravi senza trombopenia nè tromboastenia. Ma questa non è ancora che una ipotesi di lavoro. C. TOSCANO.

Su alcune particolarità di comportamento del quadro emocromocitometrico nei tonsillectomizzati.

(P. PARENTI. *Rivista di Clin. Med.*, 30 gennaio 1932).

L'A. ha studiato il comportamento della formula leucocitaria su 20 soggetti, sottoposti a tonsillectomia, prima e dopo l'atto operativo. Ha notato, nei tonsillectomizzati, un aumento dei globuli bianchi subito dopo l'operazione, che si è aggirato sempre sui due o tremila elementi e che ha raggiunto una volta anche la cifra di diecimila. Queste cifre di poi sono discese e dopo un mese circa dall'operazione si è ritornati, salvo qualche variazione, alle cifre di partenza.

Quanto alla formula leucocitaria, ha notato aumento temporaneo dei mononucleari, aumento stazionario dei polinucleari neutrofili e diminuzione stazionaria dei linfociti.

Circa l'interpretazione di questi risultati, l'A., esclusa l'influenza del trauma operatorio, in quanto soggetti sottoposti ad interventi diversi hanno dato risultati differenti, conclude che o nelle tonsille deve esistere una sostanza capace di provocare leucopenia, o con l'atto operativo eseguito generalmente su tonsille cronicamente infiammate, si viene ad immettere in circolo una quantità sia pure piccola di germi, capace di provocare una evidente risposta leucocitaria.

Considerata poi la notevole costanza con la quale si è verificato l'aumento dei neutrofili insieme con quello dei monociti, l'A. pensa che questo possa essere un argomento in favore della genesi midollare del monocita.

C. TOSCANO.

Secrezione gastrica e funzione eritropoietica.

(A. MUGGIA. *Rivista italiana di terapia*, 30 aprile 1932).

L'A. ha fatto eseguire dal laureando Comola alcune ricerche di confronto fra lo stato secretivo gastrico e lo stato eritrocitario di parecchi malati e di parecchi soggetti sani.

In un gruppo di soggetti portatori di lesioni a carico dell'apparato gastro-enterico, si è constatato che non tutti gli anemici sono degli ipocloridici ma che tutti gl'ipocloridici sono degli anemici. In un secondo gruppo di pazienti portatori di lesioni epatiche, si nota che dove esiste ipocloridria è facile constatare ipoglobulia.

In un altro gruppo di casi relativi a soggetti anemici, si constata con assoluta costanza accanto al reperto di ipoglobulia il reperto di ipocloridria.

L'A. pensa che una iposecrezione gastrica non sia sufficiente a stimolare la secrezione degli elementi epatici necessari a stimolare il midollo delle ossa per la normale ematopoiesi. La terapia epatica rappresenterebbe la terapia di sostituzione vera e propria di questo elemento, mentre la terapia gastrica rappresenterebbe la terapia stimolante della secrezione epatica. Il fattore secretivo gastrico è un elemento di primaria importanza; la somministrazione di preparati gastrici riesce efficace quando il fegato possa, sotto lo stimolo gastrico, secernere le sostanze stimolanti midollari; l'epatoterapia può essere sufficiente quando sia tale da essere una vera sostituzione di organo, tale cioè da permettere, da un lato, la normale ripresa funzionale del midollo e dall'altro la ripresa normale della secrezione gastrica, capace a sua volta di inibire l'esaltamento della flora batterica intestinale.

C. TOSCANO.

PROBLEMI CULTURALI

Scopi e necessità della ricerca medica.

(WALTER FLETCHER. *The British Med. Journ.*, 9 luglio 1932).

La ricerca medica riguarda lo sviluppo e il giusto uso del corpo umano in tutte le condizioni di attività e di ambiente, come pure la sua protezione dalle malattie e dagli infortuni e la sua guarigione.

Sviluppo del corpo umano. Per questo studio bisogna considerare l'eredità e la nutrizione. La genetica è appena all'inizio. Lo studio dell'ereditarietà dei caratteri, fatto molto accuratamente sugli animali, si può applicare all'uomo, però sperimentalmente nell'uomo questo studio non può essere fatto e deve limitarsi all'osservazione clinica ed all'analisi di quest'osservazione e va fatto quindi su vasta scala e per molte generazioni.

I problemi legati alla nutrizione sono stati scientificamente studiati da pochi anni; a una ventina d'anni risale la nostra conoscenza delle vitamine.

Il giusto uso del corpo umano implica lo studio di problemi d'igiene personale e sociale, e più precisamente riguardanti il sonno, la dieta in rapporto al clima, l'attività fisica, l'ambiente di lavoro, l'igiene delle industrie, l'attitudine professionale dei lavoratori, il loro riposo, la ventilazione e il riscaldamento dei locali.

La protezione delle malattie richiede un lavoro più strettamente medico. Le malattie possono dipendere da alterazioni morfologiche o funzionali ereditarie e da cause esterne (come errori di alimentazione e intervento di germi).

Le conoscenze di genetica che possediamo consigliano senz'altro di evitare i matrimoni fra persone che hanno in famiglia tare mentali. Per le malattie da nutrizione (beri-beri, scorbuto, rachitismo, pellagra) si rimedia facilmente regolando l'alimentazione.

Nella lotta contro le malattie infettive si dovranno fare ricerche a scopo profilattico (riguardanti la natura delle cause infettive e il loro modo di penetrazione nell'organismo) e curative.

Per la prevenzione degli infortuni e la loro cura molto è stato fatto, ma ancora c'è da fare.

La ricerca medica è strettamente legata a numerose branche scientifiche e precisamente, non solo alla fisiologia, alla patologia, alla batteriologia ma anche alla fisica e alla chimica.

Lo studio delle *vitamine* ha portato un notevole progresso nella medicina. Si è potuto stabilire che il rachitismo è in rapporto colla deficienza della vitamina D. Si è anche accertato che i raggi ultravioletti sono antirachitici, ma poichè essi non agiscono in profondità sull'organismo umano si è cercato di stabilire su quale parte dei tegumenti agiscono formando vitamine D e si vide che agiscono sul grasso. Poichè costituente dei grassi è anche il cole-

sterolo, si è irradiato questo ottenendo un ergosterolo mentre la vitamina pura è calciferol. Ma rimane ancora oscuro il meccanismo di azione di questo calciferol.

I *virus* sono causa di molte malattie: vaiolo, morbillo, paralisi infantile. In questi ultimi anni si è cercato di studiare i *virus* nel loro ambiente, senza speciali preparazioni nè colorazioni.

Il problema del *cancro* è anch'esso allo studio e molto c'è da fare specialmente dal punto di vista della fisico-chimica.

Sono state studiate le modificazioni elettriche delle fibre muscolari e l'applicazione clinica più importante è stata quella dell'elettrocardiografo. Sono state anche studiate le variazioni elettriche degli impulsi nervosi (si sono ottenuti suoni prodotti da eccitazione del nervo ottico dei pesci e si sono misurate le variazioni di temperatura dovute alle eccitazioni dei nervi).

Le ricerche scientifiche sono in parte rese più difficili dallo scarso numero di persone che vi si dedicano, preferendo i più la pratica medica alla ricerca scientifica. Ma esse certamente molto hanno fatto per alleviare il dolore, per diminuire lo spreco delle energie e delle vite umane e per aumentare le forze fisiche e mentali. R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

T. PONTANO. *Le malattie da infezione*. Edit. Idelson, 1932. Prezzo L. 45.

Chiara precisione e originale personalità nonchè moderna completezza e praticità sono le doti principali del nuovo trattato « Le malattie da infezione » del prof. T. Pontano, incaricato di clinica della malattie infettive nell'Università di Roma.

L'opera è superiore ad ogni elogio e sarà di grande aiuto agli studenti e al medico pratico poichè raccoglie quanto di utile e di sicuro deve essere conosciuto fino alle più moderne acquisizioni senza una sola parola inutile o incerta. E tutto vi è esposto con fluido stile, precisa chiarezza, sobrietà e misura e larga documentazione (quasi un centinaio di figure).

Se è vero infatti che in ogni capitolo si sente la personale competenza dell'A., questi però è obbiettivo e sintetico e rimane trattatista, non polemista. La particolare cura poi con la quale sono esposti i criteri di diagnosi diretta e differenziale, e il procedimento logico e discriminativo, non solo mostrano lucida concezione, sicuro giudizio e la più matura esperienza, ma altresì la consuetudine, le qualità e il grande amore all'insegnamento, che ha per obbietti chiarezza, praticità e utilità. Si è per questo che anche la parte terapia è largamente curata e modernamente aggiornata.

Per le scienze e per la pratica il nuovo libro di Pontano è una ben nobile fatica.

C. FRUGONI.

O. BELLUCCI. *La medicina preventiva e la selezione professionale in rapporto alle assicurazioni sociali*. (Lavoro premiato al Concorso nazionale indetto dalla Società italiana di Medicina sociale con L. 10.000). Prefazione del prof. C. FOÀ. Editore L. Pozzi, Roma. Vol. in-8° di pagg. VIII-100. L. 18.

Un libro di Bellucci è sempre cosa assai interessante, perchè egli è dei pochi che indefessamente e sapientemente arano e dissodano l'aspro campo della Medicina sociale e professionale, e non vi si appollajano semplicemente sopra come sportivi od orecchianti. E l'argomento sempre palpitante della Medicina preventiva e della selezione professionale non poteva che essere magistralmente trattato nei rapporti con le Assicurazioni sociali da lui, che di queste assicurazioni è profondo e felice conoscitore perchè vi ha premesso una soda e vasta preparazione clinica, che è base essenziale per la specialità che egli con tanto onore coltiva. Bellucci non è il legale dei medici od il medico dei legali, ossia un ingegnoso improvvisatore che si tiene necessariamente sulle generali, ma è un profondo e rigoroso studioso, che ad una preparazione non comune e ad una vera passione per la Medicina sociale accoppia un ingegno fervido e critico ed una rara capacità di esposizione, chiara, precisa, convincente.

Egli tratta della medicina preventiva e della selezione professionale nei rapporti, partitamente con l'assicurazione-malattie, l'assicurazione-infortuni e l'assicurazione contro la disoccupazione, invalidità e vecchiaja.

È particolarmente importante la prima parte, in cui sono singolarmente svolti i compiti profilattici dell'assicurazione-malattie, argomento ancora palpitante per recenti animate discussioni, cui ha brillantemente partecipato l'autore, perchè non si possono attribuire al principio informatore dell'assicurazione-malattie i difetti e le manchevolezze che son proprii dei metodi di applicazione come non è possibile attribuire alla legge i tradimenti di chi l'applica male.

Non meno interessante, anche, nelle mani del Bellucci, riesce la trattazione dei compiti profilattici dell'assicurazione-infortunii nei rapporti con la Medicina preventiva e con la selezione professionale degli operai che proprio con l'assicurazione-infortunii ha legami più diretti.

Bellucci con pieno diritto riporta questi studii nell'ambito della politica demografica ed economica della Nazione, e validamente sostiene che lo studio ed il disciplinamento di tutti i fenomeni sociali dev'esser fatto al lu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

me e col sussidio delle scienze biologiche, giacchè la prevenzione del danno nella salute del lavoratore non può essere che il primo passo verso quel più alto e più nobile ideale.

LUIGI FERRANNINI.

Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. Vol. IV. Un vol. in-8°, di 490 pag. con molte figure. G. Thieme ed. Leipzig, 1932. Prezzo RM. 47.

Continua con questo volume la bella opera intrapresa sotto la direzione di H. Assmann, H. Beitzer, H. Bracuning e St. Engel, per far conoscere lo stato attuale dei principali problemi della tubercolosi. Studî d'insieme sopra un determinato argomento, affidati a specialisti che della materia trattata danno una visione sintetica e precisa.

Troviamo qui anzitutto uno studio epidemiologico di M. Arborelius, che indaga la diffusione della tubercolosi nelle popolazioni primitive e negli adulti delle nazioni civili; interessante è la conclusione che questi, se anche sono sfuggiti alla tubercolosi, corrono sempre il pericolo di un'infezione primaria.

Seguono altri due lavori sulla tubercolosi dei vecchi; uno dal punto di vista anatomo-patologico (H. Kalbfleisch), l'altro dal punto di vista clinico (E. Kayser-Petersen); entrambi interessanti e vasti studi.

Un'ampia rivista sulla stimolo-terapia, specifica o non, e sulla chemio- e farmacoterapia ci è offerto da G. Schröder. Maggiore fiducia godono però ora i trattamenti chirurgici, di cui troviamo qui considerato da W. Kremer l'oloeotorace, che dopo un periodo in cui sembrava dimenticato ritorna ora ad essere in onore e sulla toracocaustica (W. Luedke), specialmente a cielo aperto, che permette di rendere efficaci dei pneumotoraci che altrimenti sarebbero inattivi.

Da ultimo, due lavori d'indole essenzialmente radiologica. Nel primo, K. Nüssel considera i processi di guarigione della tubercolosi endotoracica infantile nel quadro radiologico. Nel secondo, su basi radiologiche e col controllo anatomico, è studiato il problema delle calcificazioni polmonari, di cui A. Beutel considera la frequenza, la genesi ed il significato. *fil.*

L. VANNIER. *La doctrine de l'homoéopathie française.* Un vol. in-16°, di 328 pag., con fig. G. Doin, ed. Paris. Prezzo 28 fr.

Le dottrine omeopatiche godono ora di una certa voga: lo dimostrano i Congressi che si ripetono a brevi intervalli ed i vari libri che si vengono pubblicando su questo aspetto dell'arte di guarire che a noi — allopati senza saperlo — dà sempre l'impressione di qualche cosa che confina con l'ermetismo o con le scienze occulte, impressione un po' favorita anche dallo stile alquanto profetico con cui sono generalmente scritti questi libri.

Il dott. Léon Vannier, che è il capo della Scuola francese di omeopatia e dirige anche una rivista « L'homoéopathie française », in una serie di conferenze di propaganda, che qui riunisce, ha esposto i princìpi che informano l'omeopatia e le principali applicazioni di essa. Cose veramente sorprendenti ci racconta: una meningite cerebro-spinale, con esame positivo del liquor, guarita dopo un clistere di 5 gocce di una diluizione decimo-centesimale di una goccia del liquor dello stesso malato. Una stenosi mitrale, con segni di tubercolosi apicale, guarita con « Sulphur jodato 200 e T. R. (tubercolina) 200. Ed il cancro? Poichè questa è una malattia strettamente « individuale », il rimedio va cercato nel malato stesso. Una goccia del suo sangue a conveniente diluizione: la si somministra e si vede la scomparsa dei segni clinici ed il miglioramento di quelli biologici; osservazioni fatte su centinaia di malati e miglioramenti che durano da anni.

Queste ed altre cose si leggono nel lavoro dell'A., che può essere considerato come una buona introduzione allo studio dell'omeopatia. *fil.*

E. RABAUD. *Zoologie biologique.* Fasc. I. Un vol. in-8° di 223 pag., con 130 fig. Gauthier-Villars e C. ed. Paris, 1932. Prezzo 45 fr.

Osserva giustamente l'A. che lo studio della zoologia si limita troppo spesso a quello delle forme, rimanendo per tal modo incompleto e perdendo la parte essenziale del suo interesse e della sua portata generale. Nè basta la comparazione delle forme, che l'anatomia comparata, al pari della zoologia, fa appello ad una serie di postulati i quali creano dei concetti falsi.

Tutto questo è soprattutto determinato dal fatto che la forma si presta meglio all'osservazione e lo studio ne viene così facilitato; ma esso rimane monco, perchè la forma non è che una delle diverse proprietà dell'essere vivente. Il funzionamento degli organi, il modo di vivere, l'*habitat* ed i costumi caratterizzano gli animali al pari della morfologia; essi vanno considerati nel loro insieme utilizzando continuamente la comparazione. Si comprenderà meglio, in tal modo, l'essenziale dei fenomeni vitali e meglio se ne misurerà la portata e la zoologia diventerà un vero strumento di coltura generale.

In questo primo fascicolo sono considerate la morfologia generale, sia esterna (simmetria, tegumento, appendici e locomozione) che interna (cavità del corpo, nonchè i fenomeni sensorio-motori). Vengono così studiati i rapporti dell'organismo con l'ambiente, la sensibilità ed il sistema nervoso, le terminazioni periferiche. Soprattutto interessante troviamo il capitolo sul sistema nervoso in funzione dell'ambiente, in cui sono considerati i riflessi, le cinesi ed i tropismi, la dispersione geografica, il comportamento e l'etologia generale. Libro quanto mai interessante per chiunque si occupi di biologia generale. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 10 giugno 1932.
Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sulla rottura artificiale del sacco amniotico durante il travaglio di parto.

N. DALLERA. — L'O. attenendosi alle norme che da alcuni anni si seguono nella Clinica Ostetrica di Strasburgo, ha studiato l'influenza che la rottura precoce artificiale della borsa amniotica esercita sull'evolversi del parto.

Riferisce sopra 87 osservazioni di cui 40 riguardano donne primipare e 47 pluripare; tutte con situazione longitudinale del feto; parte presentata fissa in 37 casi; mobile negli altri 50. Il bacino normale in 83 casi; in 4 casi lieve ristrettezza pelvica. La rottura delle membrane venne praticata a vari gradi di dilatazione, preferibilmente all'inizio del periodo dilatante. Tutti i feti nacquero vivi: in 7 casi si dovette ricorrere all'applicazione di forcipe. Il puerperio ebbe in tutti i casi decorso fisiologico.

L'O. in questa prima serie di osservazioni ha potuto confermare che l'integrità del sacco amniotico non è assolutamente indispensabile alla dilatazione della bocca uterina, che colla sua precoce artificiale rottura, sempre che la donna sia in travaglio di parto, aumenta l'intensità delle contrazioni uterine, si facilita l'impegno della parte presentata e si accorcia notevolmente la durata del parto.

Statistica dei casi di tifo nel trentennio 1901-1930 a Pavia e fattori epidemiologici.

Prof. GUIDO RIGOBELLO. — Seguendo per trent'anni il tifo a Pavia si nota che il numero più alto dei casi avuti è dovuto sia all'addensamento in taluni quartieri sia, nei periodi precedenti l'impianto dell'acqua potabile, all'inquinamento dei pozzi dopo le piene del fiume Ticino; vi sono poi due epidemie da latte.

Le epidemie sono schiettamente estive e i casi scendono dopo le pioggie autunnali.

Fra le categorie professionali da rilevarsi cenciaiuoli e mondariso.

L'attuazione dell'impianto dell'acqua potabile, della centrale del latte, e le vaccinazioni antitifiche hanno ridotto i casi da 233 nel 1907 a 20 nel 1931. I morti da 25 ad 1.

Prof. GUIDO RIGOBELLO. — *Ricerche comparative in merito all'azione di comuni disinfettanti chimici.*

Sull'uso dei terreni all'agar-germi per la ricerca del batteriofago.

C. CALLERIO. — L'O. descrive un accorgimento tecnico di semplice esecuzione per la messa in evidenza del batteriofago, consistente nel seminare il materiale in esame su terreni composti di agar mescolato con una emulsione di germi sensibili.

Seduta dell'8 luglio 1932.

Sopra un focolaio di febbre ondulante in provincia di Pavia.

G. CALLERIO. — L''O. segnala un focolaio di febbre ondulante in Corana (Pavia) ove, nello spazio di circa un mese, si sono verificati ben undici casi nei quali la diagnosi clinica è stata confermata dalla sierodiagnosi e per alcuni anche dall'emocultura che ha dato esito ad un germe che, per i caratteri finora posti in evidenza, sembra identificabile col micrococco melitense.

L'O. in base ad un'indagine compiuta sul posto, è indotto a ritenere che il focolaio epidemico sia di orgine ovina e causato presumibilmente da un gregge di pecore che ha soggiornato in paese durante la scorsa primavera.

Il batteriofago negli ammalati di tifo.

L. BIANCHI e C. CALLERIO. — Nello studio di un gruppo di 50 ammalati di tifo gli OO. hanno potuto osservare che il batteriofago è presente nelle feci nel 50 % dei casi anche in periodi iniziali della malattia (1°, 2° settenario); che la presenza spontanea o la mancanza del batteriofago nelle feci non influisce in modo evidente sul decorso e sull'esito della infezione (mortalità complessiva verificatasi 18 %, di cui 10 % in casi fago-negativi e 8 % in casi fago-positivi); che infine con la somministrazione del fago per bocca o per via rettale, praticata dagli OO. a scopo terapeutico in malati che se ne erano dimostrati sprovvisti, non si riesce a modificare sensibilmente il decorso della malattia e neppure si ottiene sempre lo stabilirsi del batteriofago nell'intestino.

Seduta del 29 luglio 1932.

EDOARDO STORTI. — *Origine e significato delle cellule giganti (megacariociti di Maximow) del sangue circolante embrionale.*

E. STORTI. — *Origine e successione delle cellule del sangue nella vita embrionale.*

Sulla trombosi della vena renale.

G. CEBRELLI. — Descrizione di 4 casi di trombosi della vena renale, 3 dei quali nel corso di broncopolmonite influenzale. Esperimenti di legatura della vena renale nel coniglio e nel cane. Descrizione delle alterazioni del rene e considerazioni sulla formazione del circolo venoso collaterale.

L. MOLINA. — *Ricerche sul granuloma maligno.*

Pneumotorace e glutatione.

B. BUZZI e C. SARTORI. — Gli OO., considerando il potere di ossidante indiretto attribuito al glutatione, dosarono tale sostanza nel sangue di 12 individui in cura pneumotoracica, rilevando tendenza alla diminuzione, in confronto del tasso normale, nei pazienti tossiemici. Il pnx. provoca ulteriore rapida diminuzione subito dopo l'intervento; dopo 2 e 24 h. si ha ritorno alle cifre iniziali; nel decorso successivo della curva si nota aumento sensibile, sino a cifre superiori alle normali negli individui sani, quando è evidente la diminuzione dello stato di tossiemia. Gli OO. fanno l'ipotesi che tali modificazioni siano in rapporto collo stato di acidosi, e che tale sostanza possa coadiuvare la funzione emoglobinica.

Seduta del 4 agosto 1932.

Febbre tubercolare ondulante.

N. CENTRA. — L'O. illustra il caso di un'a. in cura di pnx per lesione tubercolare del polmone destro, in cui la febbre ha assunto il tipo ondulante.

Negativi essendo stati gli esami clinici e di laboratorio per la febbre di Malta, linfogranuloma maligno e sue varietà, endocardite lenta, conclude per la natura tubercolare della febbre descritta.

Il Segretario: INTROZZI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 7 luglio 1932.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Un segno radiologico della colite da ameba istolitica.

Prof. M. LUPO. — L'O. dopo aver ricordato come non esistano segni radiologici di specificità delle coliti, e dopo aver richiamato come la lesione anatomica caratteristica della colite da ameba istolitica consista nell'ulcera a « bottone di camicia », riferisce su due casi in cui egli avrebbe riscontrato. a livello del colon distale, delle nicchie foggiate a « bottone di camicia ».

Nel primo caso, portato all'esame R. per l'indagine sul colon, era stata precedentemente reperita dal prof. Croveri della Clinica Uffreduzzi di Torino. l'ameba istolitica. Il prof. Croveri chiedeva appunto all'O. se non fosse possibile rilevare radiologicamente l'immagine così caratteristica, dal punto di vista anatomico, dell'ulcera a « bottone di camicia ». La ricerca praticata con pasti multipli ed a colon parzialmente svuotato, permise di rilevare, dopo il 3° pasto, un discreto numero di formazioni, a nicchia, foggiate a bottone di camicia, del diametro di 4-5 millimetri, in corrispondenza della parete del discendente.

In un secondo caso, un colitico cronico (l'O. avendo nel frattempo sistematicamente ricercato nei colitici presentatisi all'esame, il rinnovarsi del reperto precedentemente segnalato), rivelò la presenza di numerose nicchie a « bottone di camicia ». Eseguita dallo stesso batteriologo prof. Croveri, la ricerca dell'ameba istolitica, il reperto fu positivo. Da queste, ancora scarse, osservazioni. l'O. pensa che si può conchiudere che: a reperto clinico di ameba istolitica in colite, si è rilevata la presenza di nicchie a « bottone di camicia » a livello del colon distale; che, inversamente al reperto R. di nicchia a « bottone di camicia », del colon distale, è corrisposto il reperto batteriologico di ameba istolitica; che, perciò, quando ulteriori osservazioni avessero a confermare il reperto, la formazione di nicchia a « bottone di camicia » sarebbe da ritenersi caratteristico segno radiologico della colite da ameba istolitica.

Interviene nella discussione il prof. PIETRA.

Prof. V. FERRERO. — *La terapia chirurgica dell'ulcera duodenale.*

Discussione: prof. PIETRA.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di casi.*

Metodi e risultati della chirurgia plastica del viso.

Dott. G. SANVENERO ROSSELLI. — In una interessante comunicazione il dott. Gustavo Sanvenero Rosselli, ha esposto i principi fondamentali della chirurgia plastica del viso, suffragando il suo dire con numerose proiezioni riguardanti casi di lesioni traumatiche o congenite del viso dall'O. brillantemente operati.

Discussione: prof. BACIALLI.

Prof. G. VERCELLI. — *Cifoscoliosi siringomieliche giovanili.*

Azione del calcio sui fenomeni infiammatori e sulle reazioni cutanee tubercoliniche.

Prof. G. F. CAPUANI e dott. F. TOCCO. — Partendo dai dati sperimentali e clinici che hanno ormai recata la dimostrazione dell'azione antiflogistica del calcio, gli OO. affrontano il problema se il calcio possieda pure una evidente azione contro i fenomeni flogistici tubercolinici, studiando il comportamento della cutireazione alla tubercolina.

Dopo aver tentati parecchi mezzi gli OO. hanno ripetuto esperienze già eseguite da altri AA. cambiandone però la tecnica. I risultati ottenuti non sono tali da permettere una conclusione affermativa. L'intensità della reazione non è apparsa mai attenuata, ed anzi in qualche caso è stata più marcatamente positiva. Non si deve però dimenticare che nelle reazioni di focolaio tubercolare, oltre ai fenomeni specifici esistono anche fatti imponenti di infiammazioni aspecifiche (flogosi collaterale) che spesso supera per intensità semeiotica lo stesso quadro specifico che l'ha causata, costituendosi così un circolo vizioso che porta al determinismo delle riprese evolutive. Sopra queste flogosi collaterali il calcio può esplicare una sicura azione antiflogistica, così importante da giustificare la sola applicazione terapeutica.

Prof. L. BACIALLI. — *Emiplegia in travaglio di parto.*

Prof. O. CIPOLLINO. — *Osteosintesi del femore.*

Discussione: prof. BIANCHETTI e dott. COSTANTINI.

Prof. O. CIPOLLINO. — *Estrazione di corpo estraneo dal polmone.*

Dott. E. SCOLARI e E. GIUBERTONI. — *Carcinoma del cieco simulante una stenosi intestinale multipla.*

Dott. C. ANTONINI. — *Considerazioni cliniche su un caso di fibroma dell'utero in necrosi.*

Sul valore delle cosidette reazioni di orientamento del liquido cefalo-rachidiano. Ricerche sulla "Reazione di Cabitto„ per la diagnosi di neuro-lue.

Dott. A. VANELLI. — L'O. dopo aver ricordato come la reazione di Wassermann sul liquor non sia sufficiente — se negativa — per negare la neurolue, accenna alle più note reazioni che sul liquor abitualmente si compiono nei laboratori. Egli ritiene che la maggior parte di queste (Pandy, Nonne-Apelt, Boveri, Fiamberti e Rizzatti, Boltz, Taccone), non possono dare un responso sufficientemente preciso sulla patologicità di un liquor, inquantochè riescono positive non appena la quantità di albumina del liquor stesso riesca leggermente aumentata. Nega la specificità della Boltz per la paralisi progressiva, ricordando come questa reazione non sia altro che una leggera modificazione di quella di Adamkievicz, conosciuta da più di 30 anni e che non ad altro serve che a rivelare la presenza di albumina in un liquido qualunque. Anche le reazioni colloidali non sono positive sempre nella neuro-lue. La benzoino colloidale è negativa nel 24 % dei casi (Massazza) ed in percentuale ancora più alta la mastice.

Avendo controllato una reazione che il Cabitto ha di recente proposto, ha trovato una positività di essa del 100 % nella paralisi progressiva, anche in alcuni casi dove tutte le altre reazioni, compreso la R. W. e le colloidali, riuscivano negative, e normali erano il tasso di albumina e la quantità di linfociti. In 16 casi di psicosi epilettica con evidenti alterazioni liquorali, e con alto tasso albuminico (anche 1,28 per mille), la R. Cabitto riuscì sempre negativa. Così pure la trova negativa nel morbo di Little, nel parkinsonismo postencefalitico, nella demenza arteriosclerotica, nella demenza precoce, nell'amenza, nella poliomielite. In un caso di poliomielite vi era un alto tasso albuminico e netta positività della R. Pandy, Nonne-Appelt, Taccone, benzoino colloidale.

La R. Cabitto riesce invece positiva nella meningite da meningococco ed in quella tubercolare.

L'O. conclude che tale reazione non è in rapporto con la quantità di albumina esistente nel liquor, ma che invece è in relazione con speciali globuline, che è di una sensibilità uguale alla R. Weichbrodt con cui va di pari passo nei responsi e che, essendo positiva al 100 % nella paralisi progressiva, colla negatività può autorizzarci senz'altro ad escludere tale forma mentale.

La reazione, di forma semplicissima, si esegue nel seguente modo: ad un cmc. di liquido cerebro-spinale si aggiunge, in una provetta a piccolo calibro, 0,20 cmc. di soluzione al 0,50 % di acido fosfomodibdico in acqua distillata. Nel punto di unione dei due liquidi si forma un anello di intorbidamento che scompare agitando vivamente la provetta quando la reazione è negativa. In caso di positività, si forma invece, dopo che si è agitato, un intorbidamento uniforme più o meno accentuato che nei casi a forte positività può dare luogo anche ad una lieve precipitazione.

Il Segretario: Dott. Luigi Ferrero.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta scientifica del 21 giugno 1932.

Presidente: Prof. Baratozzi.

Dott. P. Salvini. — *Ematurie cospicue e di lunga durata in rene ptosico da sforzo. Nefropessi.*

Sopra i tumori infiammatori delle pareti dell'addome.

Prof. A. Pignatti. — L'O. riferisce sopra due casi di processi infiammatori cronici delle pareti addominali a tipo pseudo-neoplastico.

Il primo riguarda un individuo operato dieci anni prima di ernia inguinale con guarigione per prima, che presentava una massa dura fibrosa, grossa quanto un limone, sviluppata nello spessore dei muscoli piccolo obliquo e trasverso dell'addome.

Nel secondo caso, in seguito a breve attacco appendicolare, si era formato nel decorso di circa otto mesi una massa discoide irregolare, a limiti bene distinti, posta al disotto dell'aponeurosi del grande obliquo, nella compagine del piccolo e del trasverso.

Il tumore duro fibroso aderiva per breve tratto al peritoneo parietale saldandosi contro il cul di sacco cecale nella sede dell'appendice.

L'O. riportati i casi si sofferma brevemente sopra l'eziopatogenesi di queste forme mettendone in evidenza sopratutto l'importanza pratica nei rapporti della diagnosi.

L'epato-splenografia con il thorotrast.

Dott. A. Parino. — L'O. passa in rapida rassegna i vari artifici sin qui usati per ottenere la dimostrazione radiologica del fegato e della milza e si sofferma sul metodo della epato-splenografia mediante thorotrast.

Egli ne chiarisce il principio informatore e — pur riconoscendo la possibilità di inconvenienti ai quali il paziente può andar soggetto in seguito alla iniezione endovenosa di thorotrast e pur segnalando quelle che oggi sembrano essere, in certi casi, ragioni di controindicazione a tale impiego nell'uomo — rileva come una già vasta esperienza pratica altrui e propria, corredata anche da ricerche di laboratorio, non possa giustificare la recisa opposizione di alcuni AA. all'impiego anzidetto.

Seduta scientifica del 30 giugno 1932.

Presidente: Prof. Baratozzi.

Cirrosi epatica megalica sinistro-lobare in forma di tumore. Epatosplenografia.

Dottori G. Pittiani e A. Parino. — Si riferisce un caso clinico, dove l'esame biopsico dimostra trattarsi di epatite interstiziale del lobo sinistro, del tipo della cirrosi di Laennec in fase megalica, ed il mancato opacamento del lobo stesso, osservato all'epatografia con il thorotrast, trova rispondenza nel reperto istologico, dal quale risulta la prevalenza delle zone di tessuto leso dal processo infiammatorio — nelle quali si stenta a riconoscere elementi cellulari impregnati — sulle zone ancora integre.

Prof. L. Pietrantoni. — *Considerazioni sul trattamento dei tumori maligni del mascellare superiore; presentazione di tre casi operati di trans-mascillo-nasale.*

Dott. G. C. Pedroni. — *Sopra un caso di mixo-condro-osteo-lipoma.*

Il Segretario: Prof. L. Pietrantoni.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Pentosuria cronica essenziale.

Sebbene si dica che la pentosuria si ha spesso dopo abbondante ingestione di frutta, la pentosuria cronica essenziale è ritenuta un'affezione molto rara. Essa può essere facilmente confusa colla glicosuria renale. La pentosuria si riconosce colla reazione di Tallen al floroglucinolo.

Il primo caso di pentosuria fu descritto nel 1892 da Salkoski e Jastrowitz; 3 casi sono accuratamente descritti da A. Marble (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1932).

Si tratta di un disturbo del metabolismo completamente asintomatico ed innocuo, che spesso si verifica in più persone di una stessa famiglia, che è più frequente negli uomini e predilige gli ebrei. La quantità di zucchero eliminata è sempre scarsa (attorno all'1 %).

La somministrazione di xilorio nei bambini pentosurici aumenta pochissimo la pentosuria, che non è affatto aumentata dalla somministrazione di destrosio.

La curva glicemica è normale nei pentosurici.

Lo zucchero escreto nella pentosuria è, pare, d-xilochetosi.

Non c'è nessun rapporto fra pentosuria e diabete mellito. R. LUSENA.

Fibromi puri dei reni.

Mentre i piccoli fibromi misti disseminati sotto la capsula, nella corticale e verso il bacinetto, non sono rari; i fibromi puri di dimensioni notevoli, sono eccezionali.

Kretschmer (*Surg. Gyn. and Obst.*, marzo 1932) ne ha raccolti 11 soli in tutta la letteratura, compreso il proprio caso. Questi tumori hanno origine generalmente a ridosso della pelvi e si accrescono a spese della sostanza renale. Raramente danno sintonie notevoli, tanto più che nel più delle volte non hanno portato ad un accumulo sensibile di volume del rene. Solo segno costante è l'ematuria con i caratteri tipici dell'ematuria da neoplasma. Talvolta possono dare dolori.

La diagnosi esatta è impossibile: generalmente fu posta la diagnosi di tumore renale. La pielografia è di scarso aiuto.

La cura consiste nella nefrectomia. La prognosi è buona. V. GHIRON.

Disturbi renali causati da un'abnorme inserzione dell'uretere sul bacinetto.

W. Hofmann (*Zeit. f. Urol.*, vol. 25, p. 881, 1931) riferisce un caso di una ragazza di 18 a. che soffriva da tempo di coliche renali a sinistra esclusivamente notturne e nelle quali tutte le ricerche urologiche dettero reperti normali all'infuori di una lieve dilatazione della pelvi notata sul pielogramma. Poichè tutte le cure mediche erano rimaste senza effetto la malata fu sottoposta all'esplorazione chirurgica.

Si trovò che l'uretere, anzichè unirsi colla pelvi nel punto più basso di questa, l'incrociava sulla faccia posteriore e vi si gettava molto in alto. In tal modo si veniva a creare un angolo molto acuto tra la parete della pelvi e l'uretere, che specie in decubito orizzontale, determinava una sorta di chiusura valvolare dell'uretere cui seguivano la stasi nel bacinetto e le coliche. Per ovviare a questo inconveniente l'A. ha modificato la posizione del rene, rutandone in avanti il polo inferiore e obliterando in basso il letto renale perchè l'organo rimanesse nella posizione voluta; in tal modo veniva allargato l'angolo tra pelvi e uretere e facilitato il deflusso.

La paziente guarì dell'operazione e dei disturbi.

L'A. riporta la malformazione ad un disturbo nello sviluppo dell'organo.

P. STEFANINI.

Il gluconato di calcio nel trattamento delle emorragie urinarie.

H. Lamand e Pinault (*Le Bull. Méd.*, 13 agosto 1932) osservano che, in chirurgia urinaria, fra i differenti rischi operatori, ha richiamato sempre l'attenzione degli urologi, per la sua frequenza e la sua possibile gravità l'emorragia. La legatura non è sempre possibile. Dalle osservazioni degli AA. risulta che il gluconato di calcio può rendere grandi servigi in urologia, sia come medicamento pre-operatorio e post-operatorio che come agente terapeutico nel trattamento delle emorragie diffuse.

Come trattamento preoperatorio, nei casi in cui si può temere una emorragia diffusa contro la quale ogni emostasi per legatura è impossibile (prostatectomie, nefrotomie, p. es), si farà una iniezione intramuscolare di 10 cc. di gluconato di calcio nei due giorni che precedono l'intervento ed il mattino stesso dell'intervento.

Nelle emorragie post-operatorie abbondanti, un eccellente trattamento consiste nel combinare una iniezione endovenosa con una iniezione intramuscolare di 10 cc. ciascuna.

Oltre alle indicazioni puramente chirurgiche, la indicazione calcica sarà utilmente impiegata nel trattamento di diverse ematurie di ogni origine, emorragie prostatiche, pielonefriti emorragiche, ematuria essenziale, ecc. ma ricordando che in questi casi il calcio rappresenta

un rimedio sintomatico e che l'ematuria rende necessario sempre un esame urinario completo per porre una diagnosi etiologica esatta. Allora solamente il trattamento curativo sarà istituito e comprenderà, in certi casi, il calcio come medicazione adiuvante sia emostatica, sia antiflogistica, sia modificatrice dello stato generale.

C. TOSCANO.

La glicerina nei calcoli delle vie urinarie.

Viene data generalmente a dose di un cucchiaio, 3 volte al giorno, in limonata, continuando per 2-3 settimane, quando i calcoli renali, della pelvi o dell'uretere sono di grossezza tale da potere essere eliminati. Da una inchiesta fatta da *Fortschritte der Therapie* (25 genn. 1932) risulta che i pareri sull'azione di tale rimedio sono diversissimi e vanno da un indubbio successo, ad un risultato incerto, fino alla nessuna azione; ad ogni modo, nessuno ha osservato danni con l'uso di tale rimedio.

fil.

L'impianto di frammenti di muscoli nella ferita da nefrotomia.

A causa della frequenza di emorragie postoperatorie, la nefrotomia presenta pericoli maggiori di ogni altro intervento sul rene. Basandosi sui buoni risultati di Cushing nella emostasi in operazioni cerebrali, e su risultati sperimentali compiuti dal Ciminata, nella sua clinica, Joseph (*Dtsch. Z. Chir.*, vol. 234, pagine 817) propose di frapporre fra i bordi di incisione del tessuto renale una fetta di muscolo prelevata dalla massa sacrolombare, e di cucirlo insieme al tessuto renale a scopo emostatico.

Ora l'A. riferisce sulla esperienza da lui avuta con questo processo, e riportando casi di nefrotomia per calcoli in rene unico, lo raccomanda specialmente in casi in cui il II rene sia ammalato o sia stato asportato per precedente nefrectomia.

A. CALÒ.

SEMEIOTICA.

Il singhiozzo come sintoma del "ligamentum teres".

Da quando Schmieden e Peiper dettero una importanza clinica ai rudimenti del cordone ombelicale, si pose la questione come riconoscere clinicamente una affezione del *ligamentum teres*. È noto come la sezione del *lig. ter.* retratto abbia determinato la cessazione di disturbi che facevano pensare a ulcere o a ileo.

Böttner (*Br. Beit.*, 154, 4), da osservazioni personali, ha potuto desumere una triade sintomatica che avrebbe importanza per riconoscere le lesioni del *lig. teres*:

1) Dolori che originando dal basso si arrestano presso l'ombelico;

2) Un senso di peso urente diretto verso l'alto, fin sotto lo sterno legato a frequenti emissioni di muco acquoso;

3) Singhiozzo.

Quest'ultimo segno, cui in genere i paz. fanno poco caso, avrebbe la maggior importanza e starebbe a indicare in generale una trazione nell'addome alto.

Tale complesso sintomatico si trova molto di frequente in casi di ernia epigastrica in cui è interessato il grasso del *ligam. teres*.

L'A. riporta alcuni casi in cui la sezione del *ligam. teres*, o del legamento falciforme o di briglie che determinavano stiramenti nell'addome alto, portò la scomparsa completa di disturbi.

L'importanza di tali osservazioni sta, secondo l'A., nella possibilità di riportare a stati di tensione del *lig. teres*, disturbi non altrimenti spiegabili dell'addome alto, che in genere vengono attribuiti a nevrosi gastriche o ad altre condizioni inesistenti.

P. STEFANINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Gli ormoni sessuali dell'ipofisi anteriore.

S. D. Soule (*Americ. Journ. of Obstetr. and Gynecol.*, maggio 1932) ha adoperato il metodo di Ascheim-Zondek in un reparto ostetrico di S. Louis occupandosene più come uno studio sperimentale che come un'indagine clinica.

Come animali da esperimento furono usati topi, cavie e conigli e come materiale da esperimento furono usati urina, siero di sangue, plasma sanguigno e di urine, liquidi di cisti ovariche ed estratti di questo liquido e liquido cerebrospinale. La somministrazione di questo materiale fu fatta per os e per iniezioni sottocutanee ed endovenose; il materiale stesso fu prelevato da donne in gravidanza certa o sospetta (fin dal 5° giorno di assenza della mestruazione), o con cisti ovarica, o con gravidanza extrauterina, o con mole idatiforme o con amenorrea da cause varie.

L'A. ritiene che l'uso del siero di sangue sia preferibile a quello delle urine, specialmente nei riguardi della sterilità e poi anche perchè l'ormone è contenuto in concentrazione maggiore nel sangue. Inoltre la luteinizzazione avviene col siero di sangue prima di 48 ore, mentre coll'urina tra 48 e 96 ore.

Dai 200 casi studiati dall'A. egli è convinto che il metodo è importante e meritevole di fiducia e ritiene che sia preferibile usare siero di sangue per via endovenosa. In quanto alla natura dell'ormone o degli ormoni che dànno la reazione di Aschheim-Zondek non si può dire più di questo: che si tratta di ormoni solubili in acqua.

R. LUSENA.

Ricerche sull'ormone corticale.

Gli ormoni corticali (Marañon, *Le Scalpel*, 9 luglio 1932) che attualmente si preparano, non contengono adrenalina. Se si trattano con questi estratti dei gatti surrenalectomizzati, si possono mantenere in vita indefinitamente.

Otto malati sono stati dal Marañon curati con ormoni corticali: 4 erano affetti da sindrome addisoniana iniziale, con sintomi discreti ma sufficienti per stabilire la diagnosi; tre erano addisoniani chiari, con sintomatologia completa; l'ultimo caso era arrivato al più grave stadio della cachessia addisoniana.

Il miglioramento dei sintomi obiettivi e subiettivi è stato netto per i pazienti della prima categoria. I casi di addisonismo completo sono stati egualmente felicemente influenzati, molto meglio che con gli altri trattamenti classici. Il risultato in quel caso giunto in ospedale in avanzato stato, fu nullo.

In questo stadio dell'affezione le ghiandole surrenali sono del tutto distrutte e non si può sperare di ridare loro una vitale attività. Non si possono paragonare questi malati completamente esausti, e tutti gli organi dei quali sono colpiti, ad un animale al quale siano state tolte le surrenali, ma a parte ciò, ancora in buona salute e con tutti gli altri organi intatti. L'efficacia della cura con l'ormone corticale è tanto più grande quanto più vicini siamo alla fase iniziale: la cura però non è causale.

I primi sintomi modificati sono i disturbi digestivi, con ripresa dell'appetito, scomparsa della stipsi, e nervosi, con diminuzione dell'astenia, della melancolia, dell'insonnia. L'ipotermia è soppressa, probabilmente per azione dell'estratto sull'infezione. La pigmentazione bronzina si attenua, più delle macchie localizzate e mucose. Il peso aumenta, la nutrizione migliora. L'azione dell'ormone corticale sul metabolismo dei grassi è ben conosciuto. L'attività genitale aumenta, mentre l'amenorrea non si modifica. La tensione arteriosa non si modifica del tutto, anche dopo iniezione endovenosa di forti dosi di ormone se questo è completamente privo di adrenalina.

La resistenza alle infezioni aumenta rapidamente; due malati hanno resistito ad una broncopolmonite influenzale, uno ad una congiuntivite purulenta, uno ad una linfangite.

Il metabolismo degli idrati di carbonio non è modificato, ma gli addisoniani sono molto sensibili all'azione ipoglicemizzante dell'insulina.

L'acidosi non è modificata dall'estratto corticale: questo non dà glicemia, tuttavia, alla lunga, il miglioramento dello stato generale del malato porta ad un aumento del tasso del zucchero sanguigno.

La riserva alcalina non è modificata.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Anofeli e malaria. — Al dott. E. G. da S. C.:

Le ricerche di L. W. Hackett, E. Martini e A. Missiroli sulla distribuzione e sul compito epidemigeno che assumono in Europa le due varietà *labranchiae* e *messeae* dell'*Anopheles maculipennis*, sono pubblicate sull'*Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene* (novembre 1931) e sull'*American Journal of Hygiene* (lug. 1932, come 2ª edizione); lo saranno prossimamente sulla *Rivista di Malariologia* (in 3ª edizione).

La differenziazione delle due varietà è basata principalmente sui caratteri morfologici delle uova, riconosciuti da Falleroni, e sui caratteri morfologici delle larve e dell'ipopigio maschile, riconosciuti da La Face.

Non sembra che a queste due varietà corrispondano quelle ammesse da N. H. Swellengrebel e dai suoi collaboratori A. De Buck ed E. Schoute. Questi AA. hanno dato molto peso alla lunghezza relativa delle ali ed al numero dei dentelli mascellari (tale numero è molto variabile, il che rende necessario di ricorrere a medie; ma queste sono poco idonee alla differenziazione di specie o di sotto-specie); si sono basati anche sui caratteri morfologici dell'ipopigio maschile e delle larve e su vari caratteri biologici.

Oltre all'*Anopheles maculipennis* var. *labranchiae*, anche l'*A. sacharovi* (*elutus*) risulta vettore attivo dell'infezione malarica in Italia; ma esso è poco frequente, salvo in alcune località (ove dominano acque superficiali salmastre).

La capacità ad infettarsi degli anofeli di località indenni da malaria è stata accertata da B. Grassi, A. Celli, E. Roubaud, S. P. James, L. W. Hackett e A. Missiroli, A. Pozzi ecc.

L. VERNEY.

Cura degli ossiuri. — Al dott. U. Falaschi da Visso:

La specialità da lei indicata può essere usata. Risponde bene il cloroformio, secondo G. Alessandrini, il quale consiglia il seguente metodo. Alla sera, quando vi è prurito intenso, clistere di 100 cmc. di olio di ulivo con 3-4 grammi di cloroformio, da praticarsi più in alto che sia possibile nel retto mediante una Nélaton innestata alla pera di gomma. Dopo mezz'ora enteroclisma di acqua salata al 10 % od acidulata (al 15-20 %). Ripetizione ogni 3-4 giorni; in un paio di settimane tale Autore ha ottenuto la guarigione anche nei casi più ostinati. È utile aggiungere al 3° ed al 10° giorno, un purgante di olio di ricino con cloroformio (per un adulto rispettivamente gr. 30 e gr. 3).

fil.

All'abb. n. 5390-1:

Per preparare l'*antiformina*, si mescolano parti uguali di acqua di Javelle al 10 % e di soluzione di potassa caustica al 10 %.

Per la *ricerca delle fibre elastiche*, è sempre preferibile la colorazione di Weigert. Distensione dell'escreato sul vetrino, fissazione con alcool assoluto per 5 minuti; colorazione con il liquido di Weigert per 20-30 minuti; decolorazione a fondo con alcool assoluto; fibre colorate in violetto nero o blu cupo. La soluzione di Weigert si trova già preparata in commercio. *fil.*

VARIA.

Il Principe di Galles fa l'elogio del medico.

Alla solenne celebrazione del centenario della « British Medical Association » svoltasi il mese scorso a Londra, tra le altre manifestazioni non è mancato, naturalmente, anche un colossale banchetto di oltre 2000 coperti.

Vi intervenne con le molte Autorità, il Principe di Galles, erede del trono d'Inghilterra, il quale pronunziò un lungo, brioso, applauditissimo brindisi.

Eccone qualche brano che mostra l'alto concetto che il Principe ha della classe sanitaria. Egli ha detto:

« Ci deve essere ben poca gente che ha potuto fare a meno dell'opera del medico: io non sono certamente un'eccezione alla regola generale; infatti sia nel lavoro come nel giuoco, mi è capitato di cadere tra le mani dei medici in ogni punto del globo. E debbo dichiarare subito che ogni volta e dovunque fui costretto a ricorrere all'opera dei sanitari, ho sempre trovato in tutti grande cordialità, abilità professionale e buon senso. L'opera loro mi è stata così utile che anche io ho imparato a mantenermi sano, ed in certo modo ad essere il mio stesso medico.

E questo non accade a me solo; vi racconterò in proposito un piccolo aneddoto. Io sono abituato di tanto in tanto a prendere un bagno turco. Giorni fa intesi raccontare di un medico che soffriva un'acuta lombaggine per la quale volle fare uno di questi bagni. Dopo il primo, si intese talmente sollevato che vi ritornò per sei volte; e quando ebbe fatto l'ultimo bagno, mentre usciva dallo stabilimento quasi completamente guarito del suo disturbo, fu inteso dire: « E pensare che io sto curando una quarantina di malati di lombaggine! ».

... Ho sempre pensato che i medici sono persone di un disinteresse veramente eccezionale, e talmente strano che essi lavorano proprio per allontanare le occasioni del loro esercizio professionale. Non conosco alcun'altra professione che si proponga espressamente un simile scopo, e dobbiamo ammirare i medici poichè, grazie alla loro opera, un giorno o l'altro, come speriamo, non ci sarà più bisogno di essi.

Io sono sempre assai lieto di intervenire alle loro riunioni; a prescindere dalla mia personale esperienza della loro abilità professionale, ho avuto molte occasioni di constatare il valore dell'opera dei sanitari in ogni parte del mondo. Sarebbe difficile, credo, trovare un paese o una comunità o una professione qualunque, in cui il medico non sia chiamato ad esercitare una qualche funzione.

Forse però, per la prima volta io potei bene comprendere il valore dell'opera del medico, durante la guerra. Noi profani non ristavamo mai dall'ammirare l'attività degli ufficiali medici al fronte; teoricamente il medico non era un combattente, pure quantunque molti di essi fossero ancora quasi studenti, gente che non aveva mai pensato alla guerra, erano lì, non combattenti, ma esposti agli stessi sacrifici dei combattenti e in generale occupati anche più gravosamente e più a lungo degli altri ufficiali.

Ogni volta che mi capita di intervenire a riunioni di ex combattenti noi ricordiamo sempre l'ufficiale medico del nostro reggimento, uno dei migliori uomini che abbia prodotto la guerra. Mai nella storia, la medicina e la chirurgia avevano reso servigi così preziosi come nell'ultima guerra; a prescindere dalle cure talvolta meravigliose dei feriti, basta ricordare le seguenti cifre riguardanti le infezioni tifiche tra i combattenti: All'epoca della guerra del Sud Africa con un esercito relativamente piccolo, vi furono 57.000 casi di tifoide con 8.000 morti; durante la grande guerra invece su tutti i fronti dell'esercito inglese in un periodo di quattro anni vi furono solo 20.000 casi di tifoide con 1.000 morti.

... Nei tredici anni decorsi dopo la guerra, io ho potuto osservare le svariate attività della vostra professione; vi ho visti all'opera tra i poveri di cui siete sempre i benefattori e gli amici, e ai quali portate con devozione l'opera vostra disinteressata, distribuendo il soccorso e la salute in migliaia di umili case. Vi ho visti al lavoro negli ospedali grandi e piccoli, nelle istituzioni per l'assistenza dei tubercolotici, degli storpi, dei malati mentali, e sempre ho riscontrato la stessa opera di alta abnegazione e di grande utilità per i sofferenti.

La professione medica, sia o no come si ritiene, la più antica nel mondo, è certamente quella che da maggior tempo è in stretti rapporti con la vita degli individui; il medico è senza dubbio il nostro primo amico in vita e probabilmente anche l'ultimo. Un amico molto caro in verità, per ogni genere di persone, e io sono lieto che questa sera mi si dia l'opportunità di dirvi l'interesse, l'ammirazione e la simpatia che ho per la classe sanitaria ». A. C.

(Da « Forze Sanitarie », 15 ag. 1932).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La Sezione Medici Condotti del Pubblico Impiego.

Il Segretario del Partito on. Starace ha diramato ai Segretari Federali una circolare con la quale li informa che, presi gli ordini dal Duce, ha disposto che i medici condotti — allo scopo di consentire loro di esplicare più efficacemente la loro attività — siano inquadrati in una Sezione dell'Associazione Fascista del Pubblico Impiego: la *Sezione dei Medici Condotti*.

La Sezione, in provincia, dipende direttamente dal Segretario Federale, che si vale dell'opera di un Segretario Provinciale.

I Segretari Provinciali saranno nominati dal Segretario del Partito su proposta dei Segretari Federali.

Adunanza di medici.

Pel 1° ottobre è indetta a Roma la grande adunata dei Professionisti ed Artisti; sono stabilite notevoli riduzioni ferroviarie.

Alle ore 16 di detto giorno l'on. Morelli, nella sede del « Sindacato Nazionale Medici » (corso Vitt. Em. 21), parlerà ai medici intervenuti, che indubbiamente saranno numerosissimi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALSENO (*Piacenza*). — Scad. 10 ott.; 1ª condotta (capoluogo) e 2ª condotta (Castelnuovo Fogliani); rivolgersi Segreteria del Comune.

BOLLATE (*Milano*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 10.500. Indennità: L. 3500 per mezzo di trasporto con cavallo od automobile; L. 1750 per le funzioni di Ufficiale Sanitario, se tale incarico verrà, da S. E. il Prefetto, conferito al vincitore del concorso. Gli assegni e le indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % e sono al lordo di qualsiasi tassa, imposta o trattenute prescritte per legge. Lo stipendio è aumentato di un decimo dopo ogni quadriennio e per cinque quadrienni a decorrere dal 1° del mese successivo all'acquisto della stabilità. Scadenza 31 ottobre 1932.

BORGOSESIA. — (Vedi VERCELLI).

BRESCIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 20 ott.; medico aiuto; L. 12.000 aumentabili, oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 25. Rivolgersi all'Amministrazione.

CARATE BRIANZA (*Milano*). — Per titoli, posto della seconda condotta. Stipendio annuo iniziale lire 9000 al lordo ritenute di legge e della riduzione 12 %, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni, con decorrenza dal 1° del mese successivo a quello dell'acquisita stabilità. Indennità per mezzo di trasporto (bicicletta) L. 400, ridotta del 12 %. Tassa L. 50,10. Scadenza 31 ottobre 1932.

CARINI (*Palermo*). — Scad. 28 nov.; L. 8000 ridotte 12 %; rivolgersi Segreteria com.

CATANIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Due posti di assistente, uno presso la Sezione Chimica, l'altro presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi di Catania. Scadenza ore 12 del 5 dicembre 1932. Richiedere chiarimenti, bando di concorso alla Segreteria dell'Amm.ne Provinciale di Catania.

CERMIGNANO (*Teramo*). — Per titoli. Condotta per i poveri del Comune. Stipendio annuo L. 8000 più indennità trasporto L. 2400, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione 12 %. Lo stipendio è aumentabile di L. 500 al compimento di ogni quadriennio di servizio e per quattro quadrienni. Indennità annua di L. 500 pel servizio di Ufficiale Sanitario, se ne sarà dato l'incarico. Tassa di ammissione al concorso L. 50,10. Scadenza 15 novembre 1932.

CHIAVARI. *Ospedale Civile « Vittorio Leonardi ».* — Scad. 3 ottobre, ore 16; primario tisiologo, aiuto tisiologo, aiuto medico, aiuto chirurgo, direttore dei laboratori di chimica, microscopia e sierologia; annue L. 5380 pel 1° posto, L. 4400 per i tre successivi, L. 3500 per il quinto, oltre i diritti portati dal Regolamento; per ulteriori chiarim. rivolgersi alla Segreteria.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di Montalto Uffugo. Stipendio annuo L. 5000, più cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità annua mezzo trasporto L. 2500. Scadenza 20 novembre 1932.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di S. Giovanni in Fiore. Stipendio annuo L. 5000, più cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità annua mezzo trasporto L. 2500. Scadenza 20 novembre 1932.

FIUME. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami. Posto di direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Fiume. Stipendio L. 19.000, quattro aumenti quadriennali del decimo, indennità di servizio attivo L. 5400, indennità di funzione L. 2500, premi di operosità e di rendimento a norma del Regolamento, il tutto a lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Età massima anni 45, salve eccezioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo. Documenti di rito. Vaglia postale di lire 50,10 quale tassa di ammissione al concorso. Obbligo di assumere servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scadenza ore dodici del 20 ottobre 1932-X. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale (Palazzo del Governo), Fiume.

FORLÌ. *Congregazione di Carità.* — Per titoli ed eventualmente per esami. Posti di aiuto medico e di aiuto chirurgo e posti di assistente medico e di assistente chirurgo nell'Ospedale Civile G. B. Morgagni. Lo stipendio è di L. 5000 per ciascuno degli aiuti e di L. 4000 per cadauno degli assistenti, gravato delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Compartecipazione onorari; alloggio in Ospedale. Durata servizio: biennio 1933-1934. Domanda, documenti e tassa alla Segreteria della Congregazione di Carità.

GUASILA (*Cagliari*). — Scad. 10 ott.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 840 c.-v., se spetta; da decurtare del 12 %; tassa L. 50,10.

LAGOSTA (*Zara*). — Scad. 15 ott., ore 18; L. 12.000 aumentabili e altri assegni e indennità; età lim. 40 a.

MASSALOMBARDA (*Ravenna*). — Scad. 25 ott.; reparto interno; L. 9500 per 1400 pov. su 3836 abit., agglomerati; deduz. 12 %; indenn. famiglia se dovuta; età lim. 40 a. al 10 sett.; tassa L. 50.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio informa che il termine per la presentazione dei documenti per il concorso al posto di Direttore del Dispensario Provinciale è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 ottobre 1932.

MERANO. *Cassa Circondariale di Malattia.* — Concorso pubblico, per titoli, al posto di medico odontoiatra. Stipendio annuo L. 24.000 lorde. Titoli di studio: diploma originale di laurea in medicina e chirurgia, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata, diploma originale di specialista in odontoiatria e protesi dentaria, oppure copia autentica rilasciata da un notaio e debitamente legalizzata. Età: anni 45 al giorno della chiusura del concorso salvo le disposizioni a favore degli ex-combattenti, mutilati ed invalidi di guerra. Altri documenti di rito. Le domande dovranno pervenire alla Direzione della Cassa in via XXVIII Ottobre n. 3, entro le ore 18 del 29 novembre 1932 e corredate inoltre da un vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso. Per maggiori schiarimenti e notizie rivolgersi alla predetta Direzione.

MONTALTO UFFUGO. — (Vedi COSENZA).

PLATACI (*Cosenza*). — Scad. 15 nov.; L. 5896 oltre L. 1200 caval. Rivolgersi ufficio Segreteria del Comune.

ROMA. *Opera Nazionale Maternità e Infanzia.* — Segretario sanitario di 3ª classe; titolo richiesto: laurea in medicina e chirurgia. Scad. 30 sett. Rivolgersi alla sede centrale, piazza Adriana 20.

SAN GIOVANNI IN FIORE. — (Vedi COSENZA).

SULMONA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 14 nov. Libera docenza patologia speciale chirurgica o clinica chirurgica. Limite di età 40 a. Stipendio ed indennità di alloggio L. 6500 complessive; 70 % degli emolumenti spettanti operazioni e consulti interni con libera contrattazione. Assicurazione Cassa di Previdenza Sanitari. Assicurazione contro le disgrazie accidentali per lire 300.000 complessive. Rivolgersi Segreteria della Casa Santa Annunziata di Sulmona.

TAGLIOLO BELFORTE (*Alessandria*). — Scad. 30 sett.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 1000 uff. san., decurtate 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi.* — Scad. 20 ott.; medico primario 1ª Sez. medicina; titoli ed eventualm. esami; L. 4532 annue e 6 trienni ventesimo, soggette alle ritenute di legge; partecipaz.; età lim. 45 a. al 10 sett.; tassa L. 50. Richiedonsi condizioni speciali. Per informaz. rivolgersi all'Amministraz.

VILLACHIARA (*Brescia*). — Scad. 15 ott.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre addizionale pei poveri, L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.

VOLTAGGIO (*Alessandria*). — Proroga 20 ott.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi dell'Umfia.

L'Unione Medica dei Paesi Neo-Latini dispone di numerosi premi, aperti a medici ed a studenti di medicina dei Paesi stessi. Tra altri premi sono i seguenti: premio Voronoff di 5000 franchi, su argomenti di endocrinologia; premio Dartigues-Rosenthal di 4000 fr. sulla tubercolosi (interventi medico-chirurgici, pneumotorace bilaterale doppio); premio Georges Luys di 3000 fr. sul trattamento dell'adenoma prostatico per via endoscopica; premio Leydier di 3000 fr. e premio Claoué di 2000 fr. sulla chirurgia plastica ed estetica; premio Foveau de Courmelles e Bandelec de Pariente di 2400 fr. sulle radiazioni nel fanciullo; premio Bourguet di 2000 fr. sulla chirurgia cranio-cerebrale; premio Groc di 2000 fr. sulla fisiologia della milza e la terapia con i lipoidi; premio Guisez di 1000 fr. sull'endoscopia bronchiale ed esofagea; premio P. Robin di 1000 fr. sulla glossoptosi; ecc. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale, rue de la Pompe 81, Paris; gli studenti possono rivolgersi alla sig.na Suzanne Roule, segretaria della « Jeune Umfia », rue Geoffroy-Saint-Hilaire 36, Paris.

NOTIZIE DIVERSE.

38° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Il 38° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma presso la R. Clinica Medica nei giorni 19-22 ottobre p. v. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Cesare Frugoni.

I temi all'ordine del giorno sono: 1° « Le amebiasi » (prof. G. Izar); 2° « L'ipertensione arteriosa come autonoma disfunzione e come malattia » (prof. E. Greppi); 3° « Epatiti croniche » (prof. L. D'Amato).

Non sono accettate e non inscritte all'ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota di L. 75.

Le comunicazioni, le quali debbono essere presentate non oltre il 3 ottobre, debbono riguardare preferibilmente argomenti attinenti ai temi di relazione.

Ogni socio aderente non può presentare più di due comunicazioni.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari. Per chiarimenti rivolgersi al segretario del Congresso dott. Arnaldo Pozzi, R. Clinica Medica, Roma.

3° Congresso italiano di oftalmologia.

Il 13 settembre, alla presenza delle autorità cittadine, è stato inaugurato a Parma il 3° Congresso della Società Oftalmologica italiana; vi parteciparono oltre 250 oculisti provenienti da varie città d'Italia.

Dopo il saluto porto ai congressisti dal rettore magnifico prof. Preti e dal vice-podestà Cocconi, il presidente della Società oftalmologica italiana, prof. Ovio, ha commemorato l'insigne oculista Antonio Scarpa ed ha proceduto alla premiazione dei vincitori dei vari concorsi indetti dalla Società stessa. Dopo una conferenza del prof. Angelucci, di Napoli, si sono svolte le relazioni e le comunicazioni. I lavori si sono chiusi a Salsomaggiore.

L'assemblea ha designato Roma a sede del congresso dell'anno prossimo.

Il Consiglio direttivo della Società ha deliberato la partecipazione della Società stessa al Congresso internazionale indetto a Madrid.

23° Congresso italiano d'ortopedia.

Il prossimo Congresso della Società Italiana d'Ortopedia si svolgerà a Bologna nei locali dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, nei giorni 15-16-17 ottobre p. v. Tema di relazione: « Il trattamento della lussazione congenita dell'anca prima del 15° anno di età ». Il Congresso sarà presieduto dal prof. V. Putti; vice-presidente il prof. G. Scarlini.

Per informazioni rivolgersi al segretario del Congresso, dott. O. Scaglietti, Istituto Rizzoli, Bologna.

9° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si è svolto a Bucarest sotto il patronato di Re Carol, che ha presieduto la seduta inaugurale.

La numerosa delegazione italiana era guidata dal sen. prof. Giordano presidente della Società internazionale di Storia della Medicina; ne facevano parte i proff. Castiglione, Piccinini, Capparoni, Prunas, Tanfani, Favaro e altre personalità mediche.

Il sen. Giordano ha parlato, applauditissimo, sui mezzi in uso nella Repubblica di Venezia per la difesa contro la peste, e il prof. Capparoni sopra un'opera del cardinal Castaldi, circa i sistemi usati a Roma durante l'epidemia del 1656. Il prof. Simonini ha trattato del servizio medico-chirurgico negli eserciti durante il Medio-Evo.

3° Congresso internazionale sul reumatismo.

Come abbiamo già annunziato, si terrà a Parigi dal 13 al 15 ottobre, sotto la presidenza del prof. Bezançon. È organizzato sotto l'egida della Lega internazionale contro il reumatismo, di cui è segretario il dott. J. Van Breemen. Temi: « I sintomi iniziali del reumatismo cronico »; « Reumatismo e tubercolosi »; « Reumatismo e professione ». Quota d'iscrizione: 200 franchi francesi; è ridotta a 100 franchi per i membri della Lega francese contro il reumatismo e per i membri del 22° Congresso francese di medicina, che precederà immediatamente (Parigi, 10-12 ottobre), ed a 50 franchi per gli studenti in medicina. Le quote sono da indirizzare al dott. Lacapère, rue Bonaparte 51, Paris 6e (conto corrente postale: Parigi 14.14.50).

Giornate ortopediche francesi.

Si sono svolte a Nancy, sotto la presidenza del prof. Froelich, che ne è stato l'iniziatore. Vi hanno partecipato numerosi specialisti di tutte le regioni della Francia e anche del Belgio e della Svizzera.

Corso di alta cultura medica a Milano.

Il 12 settembre, nell'Aula Magna dell'Università di Milano, venne inaugurato il IV Corso internazionale di alta coltura medica promosso dalla Fondazione Tomarkin.

L'on. Arrigo Solmi, sottosegretario all'Educazione Nazionale, ha portato alla solenne riunione internazionale di scienziati e di medici il saluto augurale del Governo Fascista. Egli ha detto che l'idea che anima questo corso internazionale di alta cultura medica è altamente feconda, e la Fondazione Tomarkin di New York, che l'ha concepita e organizzata, si è resa veramente benemerita.

E ha aggiunto: « Noi sappiamo che la scienza medica, che pure ha compiuto, negli ultimi settant'anni, così straordinari progressi, ha ancora vaste zone d'ombra, e che terribili flagelli non hanno ancora trovato gli opportuni metodi curativi; ma sappiamo anche che, in quest'ultimo settantennio, ed anche in questi ultimissimi anni, sono state fatte meravigliose scoperte e che taluni di quei flagelli, che parevano incurabili, sono stati combattuti, non voglio dire debellati, con mezzi veramente prodigiosi. Il nostro pensiero va spontaneo all'invenzione del pneumotorace, dovuto al nostro Forlanini, che avrà in questa riunione la sua giusta celebrazione cinquantenaria, il nostro pensiero va all'insulina, alle cure del fegato, e via via alle scoperte più recenti e più famose, con un sentimento di gratitudine per gli scienziati che hanno saputo raggiungere questi mirabili risultati.

« Il Governo Fascista che, nelle sue grandi provvidenze per la sanità demografica, ha saputo affrontare con effetti così grandiosi taluni problemi

igienici e terapeutici, nella immane lotta contro i flagelli della tubercolosi e delle malattie dei bambini, con l'Opera di prevenzione antitubercolare, con l'Opera maternità ed infanzia, con l'Opera Nazionale Balilla, ideate e volute con alto e felice senso dal Duce, guarda con vigile attenzione i progressi della scienza medica internazionale, e ne trae auspicio fecondo per l'attenuazione dei mali che affliggono talvolta parti così cospicue del genere umano.

« Essa seguirà con vivo interesse il fecondo e geniale sforzo degli scienziati qui convenuti, ai quali rinnovo il mio augurale saluto ».

Ha concluso dichiarando, in nome di S. M. Vittorio Emanuele III Re d'Italia, aperto il corso.

Parlarono anche il podestà, duca Marcello Visconte di Modrone, il rettore dell'Ateneo Milanese, prof. Ferdinando Livini, il fondatore e organizzatore della manifestazione dott. Leandro W. Tomarkin, ed i rappresentanti della Germania, della Svizzera e della Francia, proff. Abderhalden, Gigon e Pautrier, ai quali rispose, in tre lingue, il prof. Bertarelli.

La sera ebbe luogo un sontuoso ricevimento al Palazzo Comunale.

Dell'importante corso internazionale daremo ulteriori notizie.

Corsi di puericoltura.

Ricordiamo che, per disposizione dell'O. N. M. I., sono stati organizzati vari corsi integrativi di puericoltura prenatale e postnatale, riservati ai medici condotti e liberi esercenti. Le domande (in carta da L. 3) vanno dirette alle Delegazioni provinciali dell'Opera, corredate di copia dell'attestato di laurea; tassa d'iscrizione L. 50; tassa di esami L. 35.

Il corso di Roma, diretto dal prof. Spolverini, ha inizio il 26 settembre; il corso di Bari, diretto dal prof. Cozzolino, il 1° ottobre.

Corso di perfezionamento sul diabete.

Un corso di perfezionamento sul diabete glicosurico si terrà dal 13 al 19 ottobre nella Clinica Medica Terapeutica della « Pitié » a Parigi, sotto la direzione del prof. Rathery, con la collaborazione di numeroso personale. Gli esercizi pratici saranno diretti dalla sig.a Plantefol e dalla sig.na Lévina. Tassa d'iscrizione 250 franchi. Iscrizioni presso la segreteria della Facoltà di medicina (rue de l'École de Médecine, Paris VIe).

Un programma ospedaliero in Egitto.

Il dipartimento egiziano dell'igiene pubblica ha elaborato un vasto programma ospedaliero che comprende quattro parti essenziali: la costruzione di ospedali per villaggi, di ospedali distrettuali, l'estensione degli ospedali provinciali e l'aumento dei dispensari antivenerei.

Gli ospedali dei villaggi dovranno essere costruiti uno per ogni 30.000 abitanti residenti nelle località che distano dai capoluoghi dei distretti, e in un periodo di cinque anni ne dovranno sorgere non meno di 100, calcolando le costruzioni compiute ed iniziate a partire dall'esercizio erariale 1928-1929. Gli ospedali costruiti finora secondo questo programma sono 44.

Gli ospedali dei distretti, da costruirsi nei capoluoghi, devono contenere un letto per ogni 2.000 abitanti. A partire dal 1928 ne dovevano essere costruiti 50 in 5 anni e finora ne sono stati costruiti 29 di questo tipo.

Per l'estensione degli ospedali dei capoluoghi, il numero dei letti dovrà essere di 1 per mille abitanti e gli ospedali dovranno essere corredati del più moderno materiale clinico e di laboratorio. Il dipartimento dell'igiene ha ingrandito fin'ora 19 ospedali di capoluoghi.

Il dipartimento dell'igiene sorveglia a che ogni nuovo ospedale costruito risponda a tutte le condizioni dell'igiene e sia in grado di applicare i metodi terapeutici più recenti.

Ai Preventorî di Milano.

Durante il loro breve soggiorno a Milano, i Principi di Piemonte hanno compiuto due sole visite, ed entrambe hanno avuto un significato di squisita altissima umanità: ai Preventori di Olgiate Olona e di Affori.

Ad Olgiate la visita aveva una sua particolare ragione, quella cioè della inaugurazione di un nuovo padiglione e del monumento-fontana eretto a ricordo del compianto sen. Luigi Mangiagalli. Al convitto per fanciulli gracili e orfani di guerra « Principessa di Piemonte » di Affori, la visita era motivata dal nobile proposito di richiamare, su questa benemerita istituzione, l'interessamento generale e nello stesso tempo di dimostrare affettuosa simpatia ai duecento piccoli ospiti del convitto.

Città universitaria di Bordeaux.

È stata deposta la prima pietra della città universitaria (case per studenti) di Bordeaux. Alla cerimonia intervenne il ministro francese dell'educazione nazionale, de Monzie. La città universitaria sorgerà presso la rue de Ségur; comprenderà in un primo tempo 260 camere disposte e arredate nelle migliori condizioni igieniche, un ristorante, dei terreni e dei locali adibiti agli sports.

La popolazione scolastica delle varie Facoltà di Bordeaux raggiunge circa 3500 studenti, di cui tre quarti incirca non hanno la famiglia domiciliata nella città.

Per un museo di protesi a Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi ha deliberato di demandare, per l'esame, alla 5ª Commissione, la proposta di creare un museo permanente di protesi e di apparecchi ortopedici, ad uso dei mutilati — della guerra, del lavoro, della strada e dell'aviazione — come pure ad uso degli artigiani, meccanici ed altri lavoratori specializzati nella costruzione di organi artificiali.

Professori stranieri in Argentina.

Continuano le chiamate d'illustri personalità mediche nelle Università dell'Argentina; esse vengono fatte con spirito di liberalità e consentono di far conoscere le maggiori conquiste o la più perfetta tecnica della medicina contemporanea, attraverso la viva voce e le opere di coloro stessi che ne sono stati i protagonisti.

Di recente sono stati chiamati in Argentina, con tale scopo, i proff. Mario Donati di Milano, Yutaka Kon del Giappone, Georges Marion di Parigi, P. Dustin di Bruxelles, Félix Devé di Rouen ed altri.

Per promuovere le ricerche mediche.

La signora Frida Adler ha legato 20.000 dollari (circa 400.000 lire it.) alla Harvard University, per

promuovere le ricerche nel campo delle scienze mediche e affini, in memoria del marito, dott. Isaac Adler, che fu professore di patologia clinica a New York.

Beneficenza.

Il sig. A. W. MacNamara, fondatore e presidente generale di una fabbrica inglese di apparecchi e materiali radiofonici, ha donato una somma corrispondente a due milioni e mezzo di lire it. al « General Hospital » di Birmingham, a titolo di riconoscenza per un'operazione praticata su di lui nell'ospedale diciotto anni prima, quando egli, allora ragazzo, faceva il giornalaio.

Fondazione Florence Nightingale.

A Londra è stato costituito solennemente, nell'Ospedale Saint Thomas, un comitato per una Fondazione internazionale che rechi il nome di Fiorenza Nightingale, fondatrice dell'assistenza infermiera moderna.

Parlarono miss Lloyd Still, direttrice della scuola per infermiere annessa all'ospedale e dei servizi di assistenza infermiera dell'ospedale; la contessa de Minto e la signora Bedford-Fenwick, per il Consiglio Nazionale Britannico delle Infermiere; sir Arthur Stanley, per la Croce Rossa Britannica; la sig.na Hellemans, per il Consiglio Internazionale delle Infermiere.

Il progetto è stato accolto con favore dalle Croci Rosse e dalle Associazioni nazionali d'infermiere di molti Paesi.

Biblioteca della genialità medica italiana.

È stata ideata dal gr. uff. prof. Prassitele Piccinini e raccoglierà libri scritti da medici e che trattino di arte, poesia, letteratura, ecc.; è destinata a documentare la versatilità della famiglia medica.

La mensa degli studenti di medicina a Roma.

È stata inaugurata dall'on. Starace la mensa-bar creata dal G.U.F. al Policlinico Umberto I di Roma per comodità degli studenti di medicina, della quale demmo già notizia.

Falso medico.

È stato arrestato a Canicattì un certo Calogero Lo Curto il quale prometteva guarigioni miracolose mediante erbe di sua specialità. Oltre che di esercizio abusivo dell'arte sanitaria, egli deve rispondere di alterazione della tessera d'identità.

Viaggio di studi al Marocco.

La rivista « L'Hygiène par le Tourisme » ha organizzato il suo 14° viaggio di studi per universitari e studenti; si svolgerà nell'Africa del Nord; partenza da Marsiglia l'8 ottobre; ritorno a Bordeaux il 28 dello stesso mese. Il viaggio avrà per scopo principale la visita del Marocco. Sarà diretto dal dott. Henri Netter. Verrà compiuto in 2ª classe (ferrovie e piroscafo); prezzo: 3400 franchi per medici e universitari, 2950 franchi per studenti. Per le iscrizioni rivolgersi a: M. Evans, directeur du Service touristique de « L'Hygiène par le Tourisme », avenue de l'Opéra 33, Paris.

È annunziata la morte di sir RONALD ROSS, il cui nome è legato alla scoperta della trasmissione della malaria. Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 23 apr. — L. COLE. Trattam. del tetano. — W. P. KENNEDY. Terapia endocrina della dismenorrea.

Medicina, apr. — C. LÓPEZ DÓRIGA. Trattam. della febbre puerperale.

Folia Med., 15 apr. — N. CASTELLINO. Il tricoloroetilene.

Journ. dos Clin., 30 mar. — J. MASTRANGIOLI. Sulle prove d'insufficienza epatica.

Minerva Med., 14 apr. — M. ZALLA. Neuropatologia e psichiatria. — F. PENATI. Alterazioni dei leucociti neutrofili nel reumat. art. ac. e nell'endocardite lenta. — E. GIUFFRIDA. Reaz. di Citelli-Piazza per la diagn. dei tumori mal.

Münch. Med. Woch., 22 apr. — SCHUTEN. Anemia essenziale ipocroma.

Deut. Med. Woch., 22 apr. — SCHILLING. Attività ormonica della milza. — KUGELMANN. Pericoli dell'iperdosaggio dell'insulina.

Med. Welt, 23 apr. — R. SEYDERHELM. Nature e terapie della pletora. — L. HESS. Stati comatosi.

Ann. de l'Inst. Pasteur, apr. — A. GRATIA. Antagonismo microbico e batteriofago. — A. BESREDKA. Immunità nella difterite.

Zeitsch. f. Tuberk., apr. — A. CALMETTE. Roberto Koch. — S. LICHTENSTEIN. Il bacillo tbc. nelle uova. — H. DEIST. Bacilluria tub. come espressione d'infezione generale nella tbc. polm.

Riv. It. di Ginec., mag. — E. PONZI. Influenze del sist. nerv. vegetat. sull'andamento della narcosi. — S. SCAGLIONI. Azione morfogenetica della placenta.

Rev. de Chir., mar. — X. DELORE e A. PUTLUD. Trattam. chirurgico delle sigmoiditi. — R. MASSART. Artriti croniche amicrobiche dell'anca. — G. BAUPET. La contrattura addom.

Stomatologia, apr. — P. BROOKE BLAND e A. FIRST. Rapporto fra stomatologia e ostetricia. — O. TEMPESTINI. Concentraz. degli H-joni nella saliva tubercolare e suo valore.

Semana Méd., 7 apr. — Y. FRANCHINI e E. RICCITELLI. Amigdaliti e formola sanguigna. — J. M. MACCA e A. DOMENECH. Appendicite e acetonemia.

Quarterly Journ. of Med., apr. — S. F. DUDLEY. Mezzi profilattici della difterite. — B. ALSTEAD. Elettrocardiogramma nella difterite. — F. B. BYRON. Ricambio nell'epilessia. — D. M. LYON e D. M. DUNLOP. Trattamento dell'obesità. — A. LYALL e A. GREIG ANDERSON. Coma diabetico.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — H. J. STANDER. Esame funzionale dei reni nelle tossiemie gravidiche. — R. BOYNTON. La mestruazione in 2282 donne universitarie. — S. D. SOULE e T. K. BROWN. Streptococchi anaerobi nella vagina normale.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussioni su: infezioni da « B. welchii », raffreddori comuni e loro sequele, cerviciti catarrali, dosaggio dei raggi X nei tumori maligni. Casistica.

Lancet, 30 apr. — A. G. MORISON. Linguaggio e intelligenza.

Med. Welt, 30 apr. — H. EYMES. Astenia ed enteroptosi.

Deut. Med. Woch., 29 apr. — WESTPHAL, NEUBÜRGER. Apoplexia sanguinea.

Arch. per le Sc. Med., feb. — G. DOMINICI e G. OLIVA. Il ricambio emoglobinico nell'anemia perniciosa.

Med. Klinik, 29 apr. — Referendum sulla pielite. — E. FLUSSER. Torace imbutiforme.

Arch. di Cl. Chir., 3. — P. C. BARSOTTI. Anestesia avertinica. — L. MORICONI. Riparaz. delle ferite delle ghiandole linfatiche.

Arch. It. di Dermat. ecc., mar. — R. CASAZZA. Oncologia dermatologica.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 apr. — P. TRUFFERT. Le sinusiti.

Arch. di Ortopedia, 31 mar. — G. G. FORNI. Le cisti delle ossa lunghe. — G. NASTRUCCI. Chirurgia delle deformità del piede da paralisi infantile.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 apr. — Numero sulla tubercolosi.

Rev. de Méd., mar. — J. MINET e P. DUPIRE. Segni dell'enfisema. — P. VÉRAN. Incidenti consecutivi alla cessaz. del pneumot. art.

Bull. Méd., 30 apr. — Numero di oftalmologia.

Presse Méd., 27 apr. — F. BEZANÇON e al. Il reumatismo tbc. — G. MARINESCO e G. ALLENDE. Reumatismo cron. fibroso familiale e infantile. — R. LERICHE. Le glandole a muco. — PLOYÉ. Sublussazione cervicale. — D. DOUADY e A. MEYER. Le aderenze pleuriche nel pneumot. art. — *Id.*, 30 apr. F. BEZANÇON e al. Linfogranulomatosi maligna e tbc.

Ann. It. di Chir., 30 apr. — A. CIOFFI. Emostasi epatica. — M. BATTAGLIA. Cura della tbc. chirurgica con vaccino.

Morgagni, 17 apr. — F. D'ONOFRIO. Cura della tbc. laringea.

Rif. Med., 16 apr. — L. BENEDEK. Cura moderna dell'epilessia. — S. MAUGERI. Metabolismo dell'acido ossalico.

Giorn. It. di Malattie esot. ecc., 30 apr. — L. BRIGANTI. Infezione streptococcica e linfoadenite silente.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24 apr. — E. CENINI. Terapia dell'avvelenam. acuto da sublimato corrosivo.

Gaz. d. Hôp., 27 apr. — R. BENON. La sindrome astenia.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., apr. — R. MELA. Osteoflemmone perimandibolare odontogeno. — H. GUILLERY. Oftalmia simpatica e tbc. — A. AZZI. Sulle radiazioni mitogenetiche.

Cl. Med. It., apr. — L. CANNAVÒ. Sindromi di pancreatiti croniche da ulcera peptica. — A. BETTÒLO, A. ANZILOTTI. Influenza del chinino sulla motilità gastr.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mar.-apr. — P. FRANCESCHINI. Il meningioma. — P. CARDONA. Sindrome tumorale da arteriosclerosi tumorale. — A. MARI. Eosinofilia del liquido c.-s.

Sang, 5. — F. CAILLIAU. Forme locali della granulomatosi maligna. — J. V. GROTH. Diagnosi del diabete zuccherino.

Practitioner, mag. — Numero sulle malattie oculari.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — GHIRON. Gli enzimi nella difesa dell'organismo dalle malattie. — LA TERZA. Funzione protettrice dell'iperleucocitosi nella cavità peritoneale.

Mediz. Klinik, 6 mag. — H. ARON. Pseudoappendicite e appendicite concomitante. — J. PAL. Centro della tonicità vascolare.

Marseille Méd., 5 mar. — Numero di crenoterapia e climatoterapia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 3 Ottobre 1932 - X — Num. 40

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Padova

diretta dal Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Considerazioni diagnostico-differenziali in un caso di splenomegalia.

LEZIONE CLINICA del Prof. A. GASBARRINI

raccolta dal dott. G. BASSI, ass.

Vi presento oggi una donna, il cui aspetto esteriore può, a prima vista, trarre in inganno riguardo alla malattia, di cui essa è portatrice; le condizioni apparentemente buone, in cui la vedete in questo momento, sono divenute tali soltanto dopo una degenza abbastanza lunga in Clinica e per merito di cure opportune, alle quali l'abbiamo sottoposta. All'ingresso in Ospedale essa era molto più pallida di ora, meno nutrita, ed offriva nel suo assieme l'apparenza di persona assai malata.

Vediamo rapidamente quali siano i dati più importanti che si possono ricavare dall'anamnesi della nostra donna: il primo, degno di rilievo, concerne lo stabilirsi dello stato mestruale. A 16 anni la paziente inizia la sua vita sessuale, con un flusso abbondantissimo di sangue, durato per alcuni giorni; tale carattere si è mantenuto anche in seguito e le mestruazioni della nostra inferma sono state sempre costituite da una profusa emissione di sangue, comparso non di rado, anche due volte nel corso di un solo mese.

All'età di 21 anni ha contratto matrimonio con un uomo sano; subito dopo le nozze si manifestò un secondo fatto degno di considerazione: la comparsa di una notevole epistassi, ripetutasi più volte nello spazio di una diecina di giorni.

La paziente ha avuto sette gravidanze: il decorso di esse è stato regolare sotto tutti i rapporti, ma non così si può dire della fine del periodo gravidico, giacchè tutti i parti furono accompagnati da emorragie talora imponenti, protrattesi ogni volta oltre il tempo considerato come normale.

Prescindendo da questi fatti, la P. è stata bene fino a sei anni fa, quando ammalò di tonsillite. Il processo morboso pare rivestisse una certa gravità, poichè l'inferma ci dice che, oltre ad aver dato febbre molto alta, dolore intensissimo e disfagia, richiese ripetutamente l'opera del chirurgo, che per sette volte intervenne localmente con la incisione: durante

una di queste insorse un'emorragia profusa, che si calmò soltanto in seguito a cure di urgenza praticate all'inferma in ospedale, ove essa era stata immediatamente ricoverata, in preda a completa perdita di coscienza.

Questa prima parte della storia parla dunque per una spiccata facilità a fenomeni emorragici: l'anomalo decorrere delle mestruazioni, le epistassi ripetute, l'emorragia tonsillare, le perdite sanguigne post-partum depongono tutte nettamente in tale senso.

Ma veniamo alla seconda parte dell'anamnesi, come a quella che maggiormente ci può illuminare nella disamina, tutt'altro che facile, della malattia.

Nel gennaio 1931, essendo appena rimasta incinta del suo ultimo nato, cominciò ad accorgersi che le forze le facevano difetto; una cefalea intensa, e pressochè continua, la tormentava; molto spesso era colta da vomito; aveva sensazioni subbiettive moleste, come fosfeni e ronzii agli orecchi, mentre la sua cute si andava facendo ogni giorno più pallida. Non mi sento di attribuire tali fatti allo stato gravidico, innanzitutto perchè l'inferma mai li aveva notati nelle precedenti gravidanze, poi perchè, esaminati al lume delle considerazioni che verremo facendo, essi trovano benissimo il loro posto nel quadro morboso offerto dalla nostra malata. L'astenia andò facendosi tanto spiccata da obbligare l'inferma al letto: essa non ha mai misurata la temperatura corporea, ma ci dice che, a certe ore del giorno, veniva colta da un senso di calore, riportabile molto verosimilmente a rialzi termici.

Dopo il parto tutti i disturbi si accentuarono, in modo speciale l'anemia e lo stato di torpore e di stanchezza: a causa di essi l'inferma ha chiesto di essere ricoverata nella nostra Clinica.

Non ha mai lamentato tosse; alvo e minzione sempre regolari.

A mantenere questo stato di cose possono aver contribuito strapazzi fisici non lievi ed una cattiva alimentazione imposta all'inferma da rovesci di fortuna.

Dati molto interessanti abbiamo ricavato dall'anamnesi famigliare, su cui richiamo in modo speciale la vostra attenzione. Il padre della nostra donna, che ha ora 63 a., ha sofferto due volte, durante la sua vita, di itterizia: ciò avvenne rispettivamente 38 e 5 anni fa, e l'uomo, che abbiamo personalmente interrogato, ci dà di queste sue manifestazioni morbose un racconto abbastanza preciso, se pure non completo. Egli ci dice di aver avuto in quell'epoca vomito con lieve rialzo termico, ma non sa specificare se lo stato delle urine e delle feci fosse alterato, ed in qual senso. La cute, che si era fatta improvvisamente gialla, riprese gradatamente il colore normale. Abbiamo visitato questo individuo, e ci è apparso soggetto anemico, per quanto in buone condizioni di nutrizione. La prova della resistenza globulare è risultata nettamente diminuita (R_3).

Altro dato anamnestico degno di nota è la nozione di una splenectomia praticata ad una zia paterna dell'inferma; non siamo riusciti a sapere il perchè di questo intervento, il fatto, pertanto, rimane sempre come elemento importante di diagnosi.

Passiamo ora all'obbiettività della nostra paziente. Il sensorio è integro. I capelli quasi tutti bianchi, in contrasto con l'età relativamente giovanile dell'inferma, parlano per una senescenza precoce; il pallore della pelle, senza nessuna sfumatura itterica, era molto più accentuato nei giorni scorsi, pure essendo anche ora, ragguardevole. Non edemi in alcuna parte del corpo; non malformazioni congenite dell'apparato scheletrico. Normalità assoluta dell'apparato linfoghiandolare. Normale l'esame del fondo dell'occhio, praticato, dietro nostra richiesta, dall'oculista. Pallidissime le mucose della cavità orale e faringea; lievemente ingrandita la tonsilla s., che non offre tuttavia nessun segno attivo di flogosi. Visibile al collo una pulsazione vivacissima dei vasi arteriosi, facile a riscontrarsi in soggetti anemizzati. Netto rumore di trottola in corrispondenza del bulbo della giugulare, altro segno caratteristico di anemia intensa.

Una lieve riduzione di suono e di respiro sull'apice polmonare destro trova conferma in una velatura molto leggera apparsa all'esame radiografico del torace: null'altro di notevole a carico dell'apparato respiratorio.

Il cuore è di volume pressochè normale: si ascolta soltanto un rumoretto sistolico alla punta, non accompagnato da rinforzo del secondo tono polmonare.

Dati notevoli ricaviamo dall'esame dell'addome: il fegato leggermente ingrandito e di consistenza di poco superiore alla norma, ma soprattutto una grossa massa in sede ipocondriaca sinistra attirano subito la nostra attenzione. A tre dita circa dall'arcata costale di sinistra, infatti, un corpo, mobile con gli atti respiratorî, di consistenza discreta e con una netta incisura nella sua faccia antero-mediale; detta massa è indolente, e l'ascoltazione su di essa non fa apprezzare nessun rumore di sfregamento. Assenza di liquido nel cavo addominale. Nulla di anormale all'indagine radiologica del tubo digerente. Nulla parimenti a carico del sistema nervoso. La curva termica della paziente offre solo di quando in quando qualche puntatina febbrile. Abbiamo desiderato che questa donna, soggetta ad emorragie dai genitali, fosse visitata dal ginecologo, il quale ha trovato utero ed annessi completamente normali.

Molti dati di laboratorio accompagnano lo studio completo dell'inferma: ve li enumero

per ora, riserbandomi di ritornare sul loro significato durante la discussione diagnostica.

Cominciamo dagli esami del sangue: oggi non vi è reperto di una notevole anemia e la cifra dei globuli rossi oscilla fra 3.700.000 e 4.400.000; l'Hb fra 29 e 42 %; i globuli bianchi sono 6-7000 per mmc.; la formula leucocitaria è indifferente.

Col numero assoluto delle emazie contrasta il loro aspetto morfologico, che non è quello proprio dei soggetti a crasi sanguigna pressochè normale: esiste una spiccatissima anisocitosi ed una netta poichilocitosi, esiste altresì policromatofilia; abbondanti eritrociti a contenuto granulofilamentoso ed emazie granulose. Si sono trovati normoblasti nella misura del 2 %; mai megaloblasti. Il reperto costante, ricco di interesse per la diagnosi, è dato dalla presenza di microciti a palla, fortemente ipercromici. Mai si sono vedute cellule immature. Piastrine in numero di 230.000 per mmc. La splenocontrazione adrenalinica non è stata seguita da particolari modificazioni del sangue circolante. La resistenza globulare media, ed in particolar modo la minima, appaiono nettamente diminuite di fronte alle soluzioni saline ipotoniche, secondo il metodo classico del Viola, svelando una netta fragilità delle emazie. Uguale reperto abbiamo ottenuto trattando i globuli deplasmatizzati e tenuti a 0°.

Sorvolo su alcuni dati a carattere negativo, e cioè la mancanza del fenomeno dell'autoagglutinazione, l'assenza in circolo d'emoglobina e dei suoi derivati, nonchè di autoemolisine, ricercate, sia a temperatura ambiente, sia col metodo di Donath e Landsteiner, a 0°.

La bilirubina nel siero di sangue ha dato valori più alti del normale. La reazione di Hymans van den Bergh è stata costantemente indiretta; in aumento la quantità della bilina urinaria. La strìa limite della stercobilina è ancora visibile ad una diluizione di 1 a 250 (metodo di Riva-Zoja); parimenti aumentato il bilinogeno fecale col metodo del Terwen; indice emolitico del Greppi uguale a 2,54, mentre nell'individuo sano oscilla attorno all'unità.

Nettamente positiva è stata la prova del laccio. Negativa l'emocultura; assenti i pigmenti ed i sali biliari nelle urine; normale il tasso di acido urico nel sangue e nelle urine; normali le prove emogeniche (tempo di coagulazione, di emorragia, di formazione e di retrazione del coagulo). L'esame microscopico di strisci allestiti con materiale ottenuto dalla puntura della milza non ha svelato parassiti malarici od altre forme parassitarie; non bacillo di Koch, nè elementi istologici all'infuori di quelli che si osservano nel tessuto splenico normale.

***

Muniti di questo assieme di dati anamnestici, obbiettivi e di laboratorio passiamo alla discussione della diagnosi.

Il primo ostacolo da superare consiste nella esatta valutazione della massa ipocondriaca sinistra. Cosa rappresenta la tumefazione, di cui vi ho descritto più sopra i caratteri? Non abbiamo difficoltà in questo caso ad identificarla con la milza, ma tenete ben presente che non di rado il quesito diagnostico differenziale non è agevole a risolvere.

Un tumore splenomegalico può in certi casi simulare altri organi alterati, e viceversa, si può scambiare per milza, una tumefazione che appartenga a sede diversa da quella di questo organo. Ciò vale per i tumori del rene sinistro, quando esso sia sede di un processo neoplastico o policistico, per i tumori della capsula surrenale sinistra, per i neoplasmi del tessuto retroperitoneale. Esistono, è vero, dei criterî differenziali, ma essi sono assai spesso insufficienti: si dà, ad es. come caratteristica per la milza la sua mobilità durante i movimenti respiratorî; ma se pensate che un rene sinistro, ingrandito per tumore ad es. acquisti rapporti aderenziali con l'emidiaframma della stessa parte, ecco che vi rendete conto di come la massa possa scendere in basso, quando si compiono profonde inspirazioni, nè più, nè meno come se fosse una milza, e come questa, quando pur essendo ingrandita, sia contemporaneamente ptosica e non più quindi in rapporto con l'emidiaframma di sinistra, possa restare pressochè immobile durante la respirazione. Ciò del resto può verificarsi, oltre che per ptosi, anche quando in seguito a processi di perisplenite, si abbiano a stabilire aderenze fra la milza ed i tessuti circostanti, tali da fissare l'organo e renderlo praticamente immobile.

Un altro criterio è dato dallo studio dei rapporti del rene e della milza rispettivamente con il colon discendente: si dice, cioè, che una massa sia rene quando il grosso intestino è situato al davanti di essa, milza se situato al suo interno. Ma nemmeno questo dato è decisivo. Ricordo, a tale proposito, un caso occorso allo studio, allorchè mi trovavo a Pavia, di un soggetto, che offriva nell'ipocondrio sinistro una grossa massa con caratteri dubbî fra un tumore del rene ed una splenomegalia. E ricordo l'ingegnoso artificio semeiotico, a cui il mio Maestro Prof. Zoia, pensò di ricorrere: considerando che il rene e la milza devono necessariamente avere rapporti diversi con la parete anteriore ed esterna dell'ipocondrio sinistro nelle varie posizioni del corpo, egli pensò di scegliere fra i malati della clinica un malarico, nel quale l'area splenica era per sede e superficie quasi iden-

tica all'area delimitabile sull'ipocondrio del malato in discussione. Fece poi porre l'uno e l'altro a traverso il letto con le gambe penzoloni dalla sponda, in completo rilasciamento muscolare. In tale posizione la regione lombare ed il fianco non sono più sporgenti a sinistra che a destra: orbene, percuotendo il malarico trovò sull'ipocondrio sinistro, un'ipofonesi, che dalla linea ascellare posteriore si portava in avanti fino a dove era possibile eseguire la percussione, mentre nell'altro malato si trovò una ipofonesi al di fuori della massa muscolare sacro-lombare, ma nella regione ove nel malarico si apprezzava suono ipofonetico, una sonorità. La sintomatologia del paziente si poteva spiegare ammettendo che il rene sinistro avesse spostato in alto ed all'esterno la milza, ed all'interno il colon discendente. L'infermo fu inviato al chirurgo con diagnosi di neoplasia renale sinistra ed il Tansini che l'operò asportò un grosso rene policistico. Ma nel nostro caso non possono sorgere dubbî in tale senso, neppure per un tumore retroperitoneale sinistro, che sarebbe fisso; nè possiamo pensare ad un tumore dell'ala sinistra del fegato, giacchè i contorni di quest'organo sono qui nettamente delimitati, e l'area di Traube ben conservata.

La regolarità dell'alvo ci fa escludere che possa essere in causa un neoplasma dell'angolo splenico del colon, il quale si accompagna spesso a disturbi di alterata canalizzazione intestinale.

Un ascesso ossifluente? No, perchè la colonna vertebrale appare qui assolutamente integra; e nemmeno un tumore che risalga dal piccolo bacino, risultando l'indagine ginecologica affatto negativa. Infine, ed è questo il dato decisivo in quanto ha un valore non di semplice esclusione, ma di specifica positività, si apprezza un'incisura antero-mediale, la quale denuncia con sicurezza la vera natura della massa che si palpa. Possiamo dunque, chiusa questa necessaria parentesi, trarre una prima conclusione: ci troviamo di fronte ad un'inferma, che presenta, accanto ad un'anemia con note particolari, una notevole splenomegalia. Da tale considerazione nasce subito un quesito della massima importanza: quale è la etiologia di questo tumore di milza?

Possiamo noi pensare di essere di fronte ad un granuloma splenico isolato, ad una *splenomegalia tubercolare isolata*, per esempio?

Non certamente, se consideriamo l'estrema rarità di quest'affezione nel senso anatomico, la sua evoluzione subdola, insidiosa, la mancanza di lesioni specifiche in atto nella nostra inferma. Questa malattia, che si accompagna a poliglobulia ed a spiccata leucocitosi con polinucleosi, al reperto del bacillo di Koch nel succo splenico, dà febbre, tumefazioni ghiandolari, mentre la cutireazione positiva ed il dato dell'ereditarietà specifica sono sempre presenti a testimoniare il suo nesso con la tubercolosi. Tutto questo manca nella nostra inferma, e possiamo quindi affermare di non trovarci di fronte ad una tubercolosi isolata della milza nella sua forma miliarica, caseosa o necrotica. Escludiamo agevolmente lo *splenogranuloma siderotico del Gamna*, che, com'è noto, offre una sintomatologia clinica simil-bantiana, ma senza cirrosi epatica, sebbene nella nostra paziente figurino alcuni dati favorevoli a questa diagnosi, come lo stato anemico progressivo di tipo secondario, le manifestazioni emorragiche, la lieve leucopenia senza alterazioni della formula leucocitaria. La escludiamo, ripeto, perchè il morbo di Gamna non si accompagna a diminuzione della resistenza delle emazie. Potrà trattarsi di una *splenomegalia infettiva?* Ma a quale infezione possiamo noi pensare, se nella storia della malata non troviamo che una sola tonsillite, che si svolse peraltro quando la nostra donna era già inferma? Una *splenomegalia malarica*, forse? È difficile ammettere che l'infezione malarica possa darci una milza grossa e dura come questa, ed un fegato di consistenza quasi normale e di volume non esageratamente aumentato, mentre sappiamo che nel malarico cronico, l'organo epatico offre una netta compartecipazione al processo morboso. E poi, mai siamo riusciti a mettere in evidenza negli strisci di sangue circolante o di tessuto splenico il parassita, ad onta di averlo più volte accuratamente ricercato.

Si oppongono, infine, a tale ipotesi l'assenza di una monocitosi, reperto frequente nella malaria cronica e l'andamento della curva termica.

Possiamo pensare ad una *splenomegalia sifilitica?* No, perchè il tumore di milza è una manifestazione pressochè costante delle varie forme di lue epatica, e si accompagna quindi a lesioni coordinate del fegato, che appare ingrossato, duro ed irregolare; aggiungasi che la splenomegalia di origine luetica si associa con grande frequenza ad ittero, indice di un'alterazione più o meno estesa e profonda della cellula epatica; infine, la prova di Wassermann risulta positiva. Ed allora possono essere invocate altre infezioni? Vediamo: una *splenomegalia da leishmania?* Questa malattia, detta anche *kala-azar*, può effettivamente dare un'anemia di notevole grado, una facilità alle emorragie ed un tumore di milza assai spiccato. Essa, che è stata studiata da Clinici eminenti, esiste anche in Italia ed io vi ricordo il Pianese, che se ne occupò nel 1905, il Gabbi che ne ha descritto dei casi in Calabria ed in Sicilia, il Feletti e lo Jemma, mentre anch'io ho avuto occasione di osservarne in Abruzzo.

Dati però che ci fanno escludere quest'affezione nel nostro caso sono: l'età adulta della paziente, la sua anemia relativamente poco

notevole, la mancanza di febbre, l'assenza infine del reperto parassitario all'esame del succo splenico, ottenuto con la puntura della milza.

Una *splenomegalia egiziana*? La nostra donna non si è mai recata nei paesi tropicali e quindi possiamo escludere anche la possibilità di questa infezione, sostenuta dallo *schistosoma mansonii*. La malattia offre, del resto, una fisionomia clinica ben diversa: ad un primo periodo di disturbi gastro-intestinali, durante il quale compare la splenomegalia, succede un secondo periodo, in cui si ha ipertrofia del fegato, cui da ultimo segue uno stato cirrotico del fegato con ascite. L'età dell'inferma, oltre al decorso clinico della malattia assolutamente differente e l'esame dello striscio della milza ci fanno senz'altro escludere anche questa forma.

Se consideriamo che il tumore di milza si accompagna ad un'anemia febbrile, potremmo orientarci verso la forma splenomegalica della *endocardite lenta;* ma da tale ipotesi ci allontanano alcuni dati negativi: anzitutto la mancanza del reperto endocardico, non avendo il carattere di soffio organico il rumoretto che nella nostra inferma si ascolta alla punta del cuore; oltre a ciò, l'assenza del fegato grosso e duro della sepsi da viridans, infine, lo studio del sangue, in cui non abbiamo trovato nè la polinucleosi neutrofila, nè l'endoteliosi con i caratteristici elementi cellulari del Patella. Del resto, qui l'emocultura è riuscita negativa per lo streptococcus viridans, ed ove anche non si volesse dare molto peso a questa ricerca, spesso non conclusiva, resterebbero sempre da spiegare i fenomeni emorragici e la modificazione della resistenza globulare, che non potrebbero essere inquadrati fra i sintomi dell'endocardite lenta.

Un notevole tumore di milza si ha pure nella *splenomegalia tromboflebitica primitiva*, congiunto ad anemia di tipo clorotico e leucopenia, come nel nostro caso. Ma dove sono le imponenti ematemesi di questa malattia, l'ascite febbrile e le oscillazioni nel volume della milza, ad esse successive?

Sarà allora una *cisti splenica* quella di cui la nostra donna è affetta? Si esclude, non offrendo il viscere una consistenza cistica, senza dire che non può trattarsi di cisti di echinococco della milza per la negatività delle prove di laboratorio e biologiche, nè di *cisti non parassitaria* (sierosa, siero-ematica, linfatica uni o poliloculare) in assenza del reperto obbiettivo proprio di tale forma morbosa. Qualcuno di voi potrebbe pensare ad una *neoplasia primitiva della milza* (melosarcoma, linfosarcoma, carcinoma). Ma essa costituisce una rarità e clinicamente offre una milza irregolare nella sua superficie, anemia profonda, ascite.

Scartiamo altresì l'ipotesi di una *amiloidosi della milza*, perchè questa speciale forma di degenerazione, colpisce contemporaneamente anche il fegato ed il rene, che qui non appaiono compromessi, e richiede uno speciale terreno, a base del quale sta di solito una vecchia infezione tubercolare o luetica, e di entrambe, come si è visto, qui manca ogni traccia. Escluse tutte queste possibilità, prendiamo in considerazione il gruppo delle *cirrosi epatospleniche* a cui potrebbe essere riportata la splenomegalia della nostra inferma. Contro il concetto della *cirrosi di Hanot* stanno pertanto diversi fatti, fra cui la mancanza dell'ittero colurico od acolurico e il fegato assai grosso, duro ed a superficie granulosa.

Per le stesse ragioni possiamo scartare il tipo delineato da Eppinger e noto col nome di *cirrosi ipertrofica* nelle sue due varietà con e senza ittero. Nè si può ammettere una *epatite infettiva splenomegalica*, per la mancanza di un movimento febbrile più o meno irregolare e di un ittero riferibile a colangite (lenta o cronico-recidivante, ascendente o discendente). Non resta di questo gruppo di cirrosi splenomegaliche che pensare al *morbo di Banti*: tale affezione offre però così scarse somiglianze con il nostro caso che riesce agevole escluderla. Ed infatti, a quale dei tre periodi della sindrome bantiana sarebbe riportabile il quadro morboso di questa paziente? Il reperto ematologico non corrisponde certo a quello della malattia del Banti nel suo stadio anemico; la consistenza della milza non ricorda affatto la classica fibroadenia bantiana, infine, le manifestazioni emorragiche, che pure possono qui osservarsi, compaiono non all'inizio del male, come è avvenuto nella nostra donna, ma, nel suo periodo terminale, ad ascite cioè conclamata.

Passiamo ora a considerare la possibilità di una *emopatia splenomegalica* e cominciamo dalla splenomegalia da *leucemia mieloide*. Potrebbero parlare per questa forma la lieve compromissione del fegato, l'astenia progressiva, l'anemia moderata, le manifestazioni emorragiche, la positività della prova del laccio, ma la contraddicono i caratteri del fegato (non molto grosso, nè molto duro, come nella leucemia mieloide), l'assenza di una eccessiva eliminazione di acido urico e soprattutto l'assenza delle caratteristiche variazioni quantitative e qualitative dei globuli bianchi (mielociti, mieloblasti, emocito ed emoistioblasti indifferenziati od in evoluzione granulocitica). Aggiungete che non vi è piastrinopenia, e ne avrete abbastanza per escludere con animo tranquillo l'ipotesi di una leucemia mieloide. Scartiamo parimenti una splenomegalia da *leucemia linfatica* per il reperto ematologico e per la mancanza di tumefazioni ghiandolari. Infine, l'esame del sangue e soprattutto del tessuto splenico, esclude che la splenomegalia possa essere ricondotta ad un processo di *lin-*

foadenosi aleucemica o *subleucemica*, mancando la linfocitosi relativa che è frequente nei processi di pseudo leucemia, ed in primo luogo qualche forma giovine od immatura della serie linfocitica.

Poche difficoltà offre pure la diagnosi differenziale con l'*anemia splenica infantile* del Cardarelli, sindrome clinico-ematologica, come sapete, riferita a varii fattori etiologici noti (sifilide, rachitide, disturbi gastro-enterici) e fors'anche oscuri. Comunque, l'età adulta dell'inferma ci fa escludere questa forma, a favore della quale mancano peraltro un'anemia grave con normoblasti e megaloblasti numerosi in circolo ed una fibroadenia spiccatissima, come nell'anemia splenica degli adulti. che corrisponde al primo stadio del morbo di Banti, da noi già scartato. Nulla vi è che deponga favorevolmente per una *splenomegalia tipo Griesinger*, caratterizzata sempre da una anemia grave ad andamento pernicioso e da leucocitosi con linfocitosi. In favore di una *splenomegalia del morbo di Gaucher* stanno non pochi dati, e cioè: l'età giovanile in cui la forma ha cominciato a manifestarsi, il decorso della malattia ed il suo carattere afebbrile, la nozione della ereditarietà e della familiarità, la mancanza di notevoli emorragie e la profonda astenia dovuta, pare, ad insufficienza delle capsule surrenali, la formula bianca indifferente; ma quando pensiamo che il decorso della malattia di Gaucher è piuttosto benigno e l'esame dello striscio splenico dimostra le tipiche cellule, ritenute dall'A. di origine epiteliale, da altri di origine reticoloendoteliale, ci sentiamo molto meno inclinati verso questa diagnosi, che finiremo per ripudiare affatto, se terremo presente che oggi il morbo in parola viene dai più riportato all'infezione tubercolare, di cui, come abbiamo già più volte ripetuto, non esistono traccie nella nostra inferma. Con animo tranquillo mettiamo altresì in disparte facilmente il sospetto di una *linfogranulomatosi addominale*, nella quale, com'è noto, si ha partecipazione della milza, in vario grado tumefatta, per l'assenza di una febbre ondulante o no, e per l'esame ematologico, che non dà leucocitosi con polinucleosi neutrofila, monocitosi ed eosinofilia, infine per il notevole decadimento generale. Escludiamo parimenti l'ipotesi di un'*anemia perniciosa splenomegalica*, cui si sarebbe potuto pensare quanto mai in passato, allorchè l'inferma era molto più anemizzata; ora invece, in assenza di qualsiasi segno di perniciosità, mi sento di poter eliminare il sospetto di questa forma nelle sue tre varietà: quella di Bignami per l'iperbilinia fecale e l'urobilinuria, per quanto ci sia il dato comune delle remissioni e delle ricadute alternate; la varietà di Strümpell per la mancanza di itterizia, sintoma costante; infine la varietà del Pende, poichè all'esame dello striscio di tessuto splenico non si nota mielocitosi per trasformazione mieloide della milza.

Ma oltre tutto manca nel decorso dell'anemia della nostra malata ogni nota di perniciosità e di progressività: se di anemia perniciosa si fosse trattato, siatene pur certi, la durata della malattia avrebbe già deciso le sorti dell'inferma. E poi, chi non conosce le tipiche alternazioni ematologiche dell'anemia perniciosa, che qui fanno difetto; chi ignora l'esistenza delle caratteristiche emorragie a fiamma del fondo dell'occhio, che contrastano con la normalità del fundus della nostra paziente?

Le ripetute epistassi, le emorragie tonsillari ed uterine, di cui vi ha parlato la storia, la positività della prova del laccio, la cronicità del decorso e l'oscura etiologia della forma morbosa, sono sintomi che potrebbero far pensare al *morbo di Werlhof-Glanzmann* o porpora idiopatica costituzionale, trombopenia essenziale (Frank), tromboastenia ereditaria (Glanzmann), emogenia (Weil), pseudoemofilia (Jazic). Ma contro tale affezione parlano note ematologiche e biologiche (non piastrinopenia, tempo di coagulazione nei limiti della norma, tempo di emorragia non prolungato, normale retrazione del coagulo).

E con questa malattia mi pare di aver esaurito una parte del problema diagnostico: nessuna delle entità morbose, che abbiamo passato in rivista, è capace di spiegare appieno tutta la sintomatologia della nostra inferma, di inquadrare il decorso clinico della sua malattia, di chiarire i quesiti che lo studio della anamnesi propone.

Due altre affezioni restano da esaminare, e cioè la *splenomegalia emolitica tipo Banti*, e l'*ittero emolitico costituzionale*. Per rispondere esattamente alla proposizione dobbiamo però prima chiarire un altro quesito: ci troviamo di fronte ad un'*anemia emolitica?* Possiamo dedurlo da due ordini di segni: diretti ed indiretti. Segni diretti di distruzione globulare (ossiemoglobina, metaemoglobina, ematina, frammenti di globuli rossi o schistociti, ombre di emazie), a parte la difficoltà a ravvisarli nel sangue circolante ed il loro modesto valore clinico, sono mancati nella nostra inferma.

Più importanti sono i segni ematologici indiretti delle anemie emolitiche, e cioè: la determinazione dell'emoglobina, dei globuli rossi e del valore globulare, quest'ultimo di regola alto nella splenomegalia emolitica costituzionale. Nel nostro caso, oggi, le emazie sono 4.400.000 per mmc. ed il grado di anemia si può considerare assai modico. Ma teniamo presente che l'inferma si trova in una fase di remissione, in uno di quei periodi cioè caratteristici delle anemie emolitiche, che seguono alle così dette crisi di deglobulizzazione, durante le quali il numero dei globuli rossi può scendere a cifre bassissime. Non sempre, del

resto, l'anemia è proporzionale al processo di emodistruzione: si danno dei casi di anemia emolitica senza o con scarso aumento della stercobilina e dell'urobilina, quei casi studiati principalmente dal Ceconi, nei quali pare che questo comportamento trovi la sua spiegazione in uno stato di shoc del midollo osseo, che esprime la sua incapacità riparatrice di fronte al processo emodistruttore. Altri segni di distruzione globulare sono i caratteri di giovanilità degli elementi rossi, e cioè le emazie con sostanza granulo-filamentosa (reticolociti), i globuli rossi con corpi di Jolly, la macrocitosi, la normocitosi, le emazie policromatofile e granulose. Importante è poi il reperto dei microciti a palla ipercromici, ben studiati nel loro significato dal Naegeli, secondo il quale, sarebbero segno indubbio di anemia emolitica. La loro percentuale è, come sapete, massima nelle forme gravi, minima in quelle leggere o durante la fase di inattività.

Vengono poi ricerche sierologiche: vi confesso di non nutrire una eccessiva fiducia nel valore diagnostico del fenomeno dell'autoagglutinazione, che, secondo il Mino ed altri, sarebbe da considerare una pseudoagglutinazione, e cioè niente altro che la normale tendenza all'impilamento delle emazie, esagerata da una maggiore concentrazione della panagglutinina. Notevole interesse diagnostico e fisio-patologico ha invece il comportamento della resistenza osmotica dei globuli rossi, determinata col metodo classico di Hamburger-Viola: in tutte le anemie emolitiche, specie se associate ad itterizia, si trova una diminuzione più o meno forte della resistenza media e minima, mentre può restare normale la massima. Eccezionali sono tuttavia i casi di ittero emolitico costituzionale con resistenza globulare aumentata (Rietti, Greppi).

Assai importante, per valutare il processo emodistruttore, è lo studio del ricambio emoglobinico: un aumento della bilirubinemia, la reazione di Van den Bergh indiretta, un aumento del bilinogeno fecale ed urinario, un indice emoglobinico, secondo Terwen-Greppi, aumentato, sono tutti dati del massimo interesse, e costituiscono, sopratutto la determinazione del bilinogeno fecale ed urinario, lo « specchio dell'emolisi » (Greppi).

Si può ricercare, a complemento delle indagini, se la bile defluente nel duodeno ed estratta con la sondina di Heinhorn sia più concentrata; minore applicazione pratica offre lo studio del ricambio del ferro per le difficoltà inerenti al suo dosaggio: com'è noto, il ferro che si stacca dall'emocromogeno nella distruzione globulare è eliminato soltanto in parte, per la tendenza che esso ha a localizzarsi nel reticolo-endotelio, donde viene riassunto per comporre nuova emoglobina; in modo più semplice si può, comunque, determinare la quantità che viene eliminata attraverso le urine, le vie biliari e con le feci, le quali rappresentano certamente la via principale di eliminazione del ferro.

Di fronte alla presenza di quasi tutti i principali segni indiretti di emolisi, ha scarso valore nel nostro caso la mancanza di autoemolisine: esse si rinvengono di solito durante le crisi di deglobulizzazione.

Resta quindi deciso che ci troviamo di fronte ad un'anemia emolitica.

E' dessa una *splenomegalia emolitica tipo Banti?* Mi sento di potere escludere tale ipotesi, per quanto l'argomento sia molto delicato, quando si pensi che la forma suddetta è da alcuni (Ceconi) riportata alla categoria degli itteri emolitici primitivi e clinicamente poco conosciuta ed assai poco definita nella sua individualità, poichè essa non si associa a nessuna anomalia costituzionale degli eritrociti, la cui resistenza di fronte alle soluzioni saline ipotoniche è normale; infine, si presenta in modo isolato, sporadico, senza rivestire mai alcun carattere che faccia pensare all'intervento di fattori endogeni o costituzionali, familiari ed ereditarî.

Dobbiamo quindi giungere, per esclusione, al concetto di un ittero emolitico primitivo. L'assenza dell'ittero e l'anemia di modico grado sono elementi che parlano per una remissione del processo morboso, ma non contro il giudizio diagnostico: oggi l'anemia dell'inferma, che può essere stata anche grave nel passato, è quasi completamente compensata, ma basterà che si stabiliscano delle crisi di deglobulizzazione per vedere insorgere uno stato anemico grave e forse anche l'ittero. A completare la nostra diagnosi stanno infine due altri elementi di notevole importanza: la microcitosi ipercromica a palla e la diminuzione della resistenza globulare. Cosa manca ancora per definire il quadro, se il criterio dell'ereditarietà e della familiarità esiste, come autorevolmente afferma la storia dell'inferma?

Ittero emolitico, dunque, *primitivo* in fase di remissione.

E' superfluo ch'io mi soffermi a discutere con voi l'antica distinzione tra ittero emolitico acquisito (tipo Hayem-Widal) e costituzionale (tipo Chauffard) oggi peraltro caduta: dopo gli studî, specialmente italiani, del Micheli, Ceconi ed altri, tutti gli itteri emolitici sono classificati come congeniti. Diffidate dunque delle forme così dette acquisite, ma indagate diligentemente nell'anamnesi degli infermi, ed il più delle volte il fattore ereditario si renderà manifesto.

E' la nostra concezione diagnostica esatta? Ce lo dirà il decorso della malattia, a cui bisogna in questi casi badare anche per stabilire una terapia adeguata. Nella nostra mala-

ta se, per avventura, si dovesse assistere ad una ripresa dell'emolisi, credo che sarebbe il caso di consigliare un intervento operatorio sulla milza.

La splenectomia, com'è noto, viene oggi applicata alla maggior parte degli itteri emolitici bene accertati, e con esito favorevole. Il che è assai importante nei riguardi della patogenesi della malattia. Il dato che la splenectomia migliora la forma morbosa, sembra favorevole alla terapia splenica dell'ittero emolitico, teoria che, come sapete, chiama la milza e soltanto questa, responsabile di sostenere il processo emodistruttivo. Non si dimentichi tuttavia che se gli splenectomizzati migliorano notevolmente subito dopo l'intervento, tale miglioramento riveste un carattere transitorio, e difatti dopo non molto tempo dalla splenectomia tornano a comparire alcuni segni della emolisi, spunta di nuovo l'ittero e si ripresenta l'anemia col suo corteo sintomatico. La milza, dobbiamo concludere, non è tutto, non costituisce l'unico fattore patogenetico del morbo, ma la sua azione indubbiamente sicura ed efficace in questo senso si deve associare a quella degli altri elementi regolatori dell'emopoiesi, e cioè del midollo osseo, del fegato e delle ghiandole linfatiche. Fra questi tessuti esistono rapporti tali, e tali influenze si esercitano che, quando venga abolita l'azione della milza, gli altri elementi possono assumere la funzione emocatatonistica.

Non mi soffermo sulla tecnica della splenectomia, di cui si parlerà a voi in altra Scuola: vi dico soltanto che essa non va consigliata ad ogni malato e praticata di leggeri. Il paziente che affiderete al chirurgo, non dovrà essere un soggetto molto avanzato negli anni e le funzioni principali del suo organismo, quali la renale e l'epatica dovranno risultare buone. Portate con voi questo mio consiglio: il dimenticarlo potrebbe un giorno essere sorgente di delusioni e di dispiaceri nella pratica della vostra professione. Come succedaneo della splenectomia si può ricorrere alla legatura dell'arteria lienale o ad irradiazioni della milza, con buoni risultati (Micheli, D'Amato), se pure meno brillanti di quelli ottenuti con l'ablazione dell'organo.

Consigliata ed eseguita oggigiorno anche la opoterapia epatica: è stata fatta nel nostro caso una cura di fegato di vitello *per os*, gli effetti della quale pare si siano ripercossi favorevolmente sulle condizioni dell'inferma. E' merito del Greppi l'aver suggerito negli emolitici splenectomizzati questa terapia, la quale sembra ritardare la ricomparsa dei disturbi. Infine, il soggiorno in alta montagna può giovare molto ai pazienti, giacchè il clima alpino eccita ad un tempo l'emopoiesi, frenando l'emolisi.

Il caso che vi ho presentato è del massimo interesse: esso ci dice, difatti, come esistano tuttora non pochi dubbi nei riguardi dell'etiologia dell'ittero emolitico costituzionale e ci rivela le ombre che ne oscurano la patogenesi. Altri quesiti restano da chiarire: dove termina l'ittero emolitico? Ove ha inizio l'anemia perniciosa? Quali sono i rapporti funzionali veramente esistenti fra la milza e gli altri organi emolitopoietici? La risposta potremo averla dalla attenta osservazione del malato; ancora una volta, allo studio dell'evoluzione del processo morboso noi chiediamo la luce che rischiari le nostre idee, la verità che confermi i nostri concetti.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale S. Giovanni - Ospizio Umberto I - Roma.

Il trattamento della tubercolosi polmonare con i sali d'oro.

Dott. GIUSEPPE FABRI, aiuto medico.

Nella mia lunga permanenza all'Ospizio Umberto I è stato oggetto di studio la terapia dei sali d'oro nella tubercolosi polmonare.

Molti sono i preparati d'oro oggi in uso; Crisalbina, Triphal, Neocrisolo, Solgonal, Krjcolgan, Lopion, ecc.

Preparati provati con buon esito anche in altre malattie, così il Levaditi e Nicolau nelle affezioni da treponemi, il Forestier nelle poliartriti infettive, i dermatologi in altre affezioni cutanee, bacillari o no, come il lupus eritematoso, l'ittiosi, la lebbra, la psoriasi...

Tutte queste ricerche hanno avuto un gran valore perchè ci hanno spiegato alcune reazioni nella terapia dei sali d'oro.

Léon Bernard fu il primo che introdusse l'oro nella terapia della tubercolosi polmonare e in seguito fu l'Istituto di Robert-Koch che si occupò dello studio dei diversi preparati d'oro.

Di molto interesse sono stati gli studi fatti da autori tedeschi (Feldt, Steiner, Bittorf, Hacker, Schulz) e quelli di Ameuille e Klotz (i cui risultati furono molto buoni, e concludevano nel loro lavoro che le dosi forti avevano gli stessi pericoli delle dosi deboli).

L'azione di tali preparati, come ha concluso Feldt nel suo lavoro, è legato all'atomo oro.

Il metabolismo dei sali d'oro non è ancora molto conosciuto.

Tali sali si diffondono rapidamente attraverso le pareti dei capillari; la molecola in parte si elimina e in parte si accumula, si fissa nell'interno degli organi. Secondo Lumière, che si è molto occupato della questione, la maggior parte dei sali iniettati sparisce dal san-

gue e una piccola parte di essi rimane per un periodo vario da 6 a 8 giorni. I globuli sanguigni non assorbono tali sali, ma questi rimangono sciolti nel plasma. Per la maggior parte i sali si eliminano attraverso il rene e l'intestino; tale eliminazione che si inizia subito, è molto prolungata, e si può ritrovare dell'oro molti mesi dopo l'introduzione, sia nelle feci che nell'urina.

In questo modo si possono spiegare le complicazioni (eritrodermia, pustole...) che si verificano anche molte settimane dopo l'ultima introduzione.

Altri emuntori sono il sudore e la saliva.

Le molecole d'oro si possono fissare in tutti gli organi (polmone, intestino, fegato, cervello). Si sono trovate anche traccie di esso nelle ossa e nei muscoli. Mollard e Pouget ne hanno anche riscontrato traccia nel liquido cefalorachidiano.

Le ricerche degli autori tedeschi hanno dimostrato che tali prodotti si accumulano nel mesenchima.

« La molecola si va a fissare direttamente all'apparato reticolo-endoteliale e si localizza nelle parti cellulari e fibrillari di tutto il sistema »; così ha scritto Feldt che aggiunge: « i preparati d'oro agiscono come catalizzatori o acceleratori dei processi naturali di difesa dell'organismo, ma con efficacità specifica ».

Ciò è della massima importanza perchè ci svela il suo modo di azione.

Infatti l'esperienza ci ha dimostrato, che tali preparati hanno una azione di stimolo di natura specifica elettiva sui focolai tubercolari (ciò che ci porta lontano dalle vedute del Mollard e della sua scuola sul meccanismo chemioterapico etiotropico dell'oro); hanno una azione diretta più che sui germi, sul substrato strutturale sul quale si svolge il processo della localizzazione tubercolare, provocando in esso le prime reazioni difensive da parte degli elementi linfatici, istiocitari, endoteliali.

Il Carpi dice che tale stimolo si può identificare coll'azione reticolo-endoteliotropica dei sali metallici, che i sali d'oro posseggono in una misura spiccata.

Il fattore curativo dell'oro va ricercato nell'influenza diretta che esso esercita sui processi difensivi naturali dell'organismo malato: processi che culminano nella distruzione dei germi morbosi.

Malattia e guarigione si svolgono con la partecipazione di tutto l'organismo. I poteri difensivi dell'organismo intaccato vengono regolati da impulsi centrali, dalla stimolazione del simpatico in senso favorevole da quella del vago in senso sfavorevole.

Le forze difensive dell'organismo di fronte alle infezioni sembrano essere strettamente legate al sistema reticolo-endoteliale o alla concezione più lata del mesenchima, l'organo questi d'intercettamento per i germi delle affezioni settiche e il luogo principale di formazioni degli anticorpi e della reazione cellulare di difesa.

L'apparato vasoconnettivo rappresenta l'organo d'immagazzinamento dei rimedi chemioterapici. L'oro accelera in qualità di catalizzatore metallico, i processi di difesa connessi al mesenchima. L'oro, avendo questo la proprietà di essere uno squisito catalizzatore, agisce in primo luogo sul mesenchima dell'organismo malato, attivando in esso i meccanismi di difesa; sistema organico che, per la sua costituzione speciale, interviene attivamente in tutti gli stati stimolatori la difesa generale.

Vi è poi un altro fatto degno di rilievo; oggi si ha la convinzione che l'efficacia dei sali d'oro non sia riservata al metallo per sè stesso, ma più che altro al suo complesso molecolare.

Secondo il Rondoni si deve iniettare il metallo incluso in un jone complesso; il complesso molecolare deve compenetrare la massa dei tessuti patologici per dissociarsi e demolirsi lentamente e in seno ad essa liberare l'jone metallico. Il vantaggio sta in questo: che lo jone complesso, trasporta il metallo fino a quei tessuti ove esso deve agire una volta liberato; e si oppone che l'jone metallico iniettato, tale quale è, si leghi piuttosto alle proteine corporee. Così che il metallo può circolare a lungo nei tessuti e nei liquidi organici per agire là dove vi sono forze cellulari mobilizzate e reazioni difensive già avviate, quindi da ravvivare.

*
* *

Le nuove ricerche e una esperienza clinica più estesa hanno permesso di farci una conoscenza più esatta del valore dei sali d'oro e dei servizi che possono rendere nel trattamento della tubercolosi polmonare.

L'introduzione di tali preparati può essere endovenosa o endomuscolare. Villaret e Kindberg si sono occupati del trattamento delle pleuriti tubercolari con l'introduzione intrapleurica dei sali; tale mezzo è innocuo e può dare buoni successi.

La scuola di Feldt consiglia di dare 50 gr. di glucosio al giorno (metodo Heuck von Kennel) secondo cui si potrebbero evitare la maggior parte delle complicazioni da sali d'oro.

È indispensabile in ogni modo avanti di cominciare la cura, conoscere bene il funzionamento del fegato e del rene, e tale esame ripe-

terlo dopo ogni iniezione. Bisognerà ricercare, non solo le traccie minime di albumina, ma esaminare attentamente il sedimento, se vi è cilindruria che alcune volte precede l'albuminuria.

L'iniezione deve essere fatta molto lentamente.

*
* *

Ho potuto nella mia permanenza nell'Ospizio Umberto I presso il IV e V padiglione studiare attentamente circa 200 casi. Ho cominciato sempre ad iniettare le dosi deboli ritenendo che queste sono molto meno tossiche, contrariamente a quello che sostiene il Fischer, il quale pretende che solo le dosi forti danno dei risultati favorevoli.

Si comincia con il 0,025; la II dose di 0,05 si ripete due volte; la III dose di 0,10 due volte; quella di 0,15 e 0,20 due volte; quella di 0,25 otto volte fino ad un totale di 2,50-3 grammi per serie. È consigliabile non superare mai la dose di 0,25 e di attendere, prima di iniettare una dose più forte della precedente, che questa sia stata bene sopportata. Quando se ne è iniettati da 2 a 3 gr. bisognerà interrompere la cura per 2 o 3 mesi e poi si farà una seconda, una terza, una quarta serie.

La posologia poi varia da malato a malato, il dosaggio è prettamente individuale, e dipende da molti fattori: l'anzianità della malattia, l'estensione delle lesioni, la resistenza dell'organismo.

Non è consigliabile iniettare subito come ho detto le dosi alte (gr. 0,50-0,75) che sono male tollerate, perchè provocano nausea, cefalea, dolori articolari.

Si deve ritenere che le dosi alte più che curative, sono tossiche e la posologia deve uniformarsi all'indirizzo « delle piccole dosi a lunghi intervalli ».

Il trattamento delle piccole dosi, come consiglia il Mollard nella sua rimarchevole opera, si basa essenziamente sui quattro principi seguenti: Dosi iniziali deboli, progressione lenta delle dosi, intervallo di tempo fra una dose e l'altra, sorveglianza metodica dell'ammalato.

Del resto la lunga esperienza della terapia aurica mi consente di affermare che l'uso delle dosi alte non è affatto necessario, perchè, quando un caso risponde, reagisce bene anche alle piccole dosi.

Tale medicamento ha più un'azione fisiologica che anatomica. Esige, sì, un certo grado di resistenza da parte dell'individuo.

Risultati buoni sono stati ottenuti nelle forme croniche subfebbrili; nelle forme sclerotiche torpide e lentamente evolutive e con « poussées » acute; nelle forme ganglionari; più raramente nelle forme essudative perchè il soggetto è meno resistente.

Controindicazioni sono date da disturbi intestinali, renali, epatici; nei soggetti cachettici, con febbre elevata, nei malati con lesioni molto diffuse, nelle forme emoftoizzanti; nelle forme broncopolmonitiche, specie recenti; nella tubercolosi miliare.

Così pure le vecchie forme sclerotiche, che sono anche inattive, non giustificano l'impiego di tale terapia. Controindicata è pure la somministrazione dell'oro nei tubercolotici diabetici.

È difficile giudicare il valore di questo nuovo medicamento specie quando si tratti di tubercolosi polmonare. A parte i miglioramenti che si hanno « naturalmente » durante il decorso di questa malattia; non bisogna dimenticare l'influenza fisica favorevole che dà a questi malati come nuovo mezzo terapeutico.

Tenendo conto di tutto ciò si è notato però una reale efficacia su certi sintomi.

I risultati controllati dalle mie osservazioni mi spingono a concludere che si ebbe sempre a constatare il miglioramento generale del malato, aumento di peso e delle forze, miglioramento dell'alimentazione, regolarizzazione della temperatura, diminuzione della tosse e dell'espettorato.

I sali d'oro, come ha scritto Léon Bernard, hanno un'azione frenatrice.

Il miglioramento dei sintomi sono molto più importanti e duraturi di quelli che danno altri medicamenti. Così la regolarizzazione progressiva e prolungata della temperatura, il cui effetto non è passeggero come quello che si ottiene dai comuni antipiretici. Un risultato rimarchevole si osserva spesso sulle temperature irregolari e ribelli che in tre o quattro settimane si regolarizzano.

Le modificazioni obiettive devono essere interpretate con prudente riserva. Molti autori dicono di averle osservate. Le trasformazioni delle immagini radiologiche sono anche apprezzamenti delicati e discutibili. Alcuni autori (Danois) affermano la loro esistenza. Ma come ha scritto giustamente il Sergent, in questi casi bisogna tener conto della frequenza dei rischiaramenti radiologici spontanei e che non devonsi attribuire al trattamento.

Mentre l'influenza dei sali d'oro sui bacilli è reale essendo stata da me controllata da esami batteriologici successivi.

Concludendo, miglioramenti veri e propri si notano sulla temperatura, lo stato generale, la tosse e l'espettorato: la diminuzione della tosse

e dell'espettorato dopo la febbre, costituisce la seconda azione principale dell'auroterapia. L'espettorato è modificato in quantità e qualità, è meno spesso, più fluido e meno abbondante. Contemporaneamente diminuisce la tosse; il Lefèvre ha insistito sulla soppressione della tosse notturna. Questa azione è progressiva e prolungata.

*
* *

Di notevole importanza sono le ricerche del sangue sistematicamente eseguite.

Nei malati tolleranti si è sempre constatato aumento costante dei globuli rossi e dell'emoglobina.

Nei malati non tolleranti si nota un aumento dei leucociti neutrofili (18.000-20.000) con proporzione del 90 %. Quando si nota tale aumento è consigliabile sospendere immediatamente la cura.

Nei casi favorevoli anche se prima di iniziare la cura esisteva una leucocitosi, si nota un rapido ritorno al normale.

Nei casi d'intolleranza si nota anche un aumento dei polinucleati eosinofili. Sebbene la presenza di essi non superiore al 5-6 % sia ritenuta dai maggiori autori come un buon prognostico, tuttavia quando supera detta percentuale, non si deve insistere: è segno d'intolleranza da parte dell'individuo.

L'eosinofilia, infatti, è un fatto bene conosciuto durante il corso di somministrazione di medicinali quali lo joduro, l'antipirina, ecc.

Concludendo quando si noterà una leucocitosi marcata neutrofila con eosinofili sopra il 6 %, che non tende a compensarsi, è consigliabile sospendere subito la somministrazione dell'oro.

Possono intervenire altrimenti complicazioni spiacenti.

Molte critiche sono state fatte all'auroterapia e molti tisiologi l'hanno oggi abbandonata perchè spesso determina forti reazioni e può esercitare sull'organismo effetti tossici gravi. Ma le complicazioni più serie si avevano quando s'impiegavano dosi iniziali elevate: sono diventate benigne e scarsissime da quando si sono usate « le piccole dosi ».

Complicazioni si possono avere a carico dei reni (a tipo nefrotico); del fegato (itteri per lo più benigni); disturbi gastro-intestinali vari (dalla semplice anoressia e pesantezza gastrica a infiammazioni gravi della bocca: diarrea, stomatiti, ecc.).

Si possono anche avere complicazioni a carico delle mucose e della cute (eritrodermia, pustole, orticaria, eruzioni pruriginose ecc.).

Ricordo un caso ricoverato nel IV Padiglione: Tos. M., di a. 22, che volle lui stesso iniziare la cura dell'oro. Si cominciò subito ad iniettare una dose piuttosto forte (gr. 0.25); dopo circa tre giorni si notò eruzione diffusa del tronco, agli arti, al collo, al viso, caratterizzata da iperemia diffusa della cute, infiltrazione del derma, esfoliazione cospicua di aspetto grigiastro, con squame facilmente distaccabili; distrofia ungueale; prurito generale continuo che si accentuava ad intervalli. Nelle urine albumina 18 ‰ con cilindri ialini e granulosi e qualche emazia nel sedimento. La formula leucocitaria dava: neutrofili 80 %, eosinofili 12 %, linfociti 8 %. Numero dei leucociti per mmc. 14.000.

Tale processo cutaneo era una eritrodermia o dermatite desquamativa.

Sottoposto l'infermo a trattamento locale a base di bagni caldi detersivi e pomate cheratolitiche, cure arsenicali per via endomuscolare e dieta lattea, dopo circa 10 giorni, si stabilì completamente.

Di molto interesse sono gli studi sugli esantemi cutanei provocati dai sali d'oro.

La spiegazione della genesi delle tossicodermie come conseguenza dell'offesa diretta dei vasi cutanei da parte dell'oro, come ha sostenuto Heubner, ha perso terreno.

L'Heubner in primo tempo affermò che i preparati d'oro formano un veleno capillare; però Feldt non ha potuto confermare tale ricerca sul mesenterio della rana; e anche l'Heubner stesso non riuscì a ripetere con gli stessi risultati le esperienze di prima.

La morte improvvisa del coniglio non si verifica, come sostenne Heubner, per dissanguamento interno in conseguenza di avvelenamento dei capillari; bensì per paralisi del centro respiratorio e vasomotorio. Emorragia negli organi interni si ha solo dopo che l'intossicazione dura da molto tempo e la loro intensità è proporzionale alla durata della vita dell'animale dopo iniezioni tossiche di preparati aurici.

Esse probabilmente sono dovute a prodotti tossici di disfacimento di sostanze proprie dell'organismo.

Concorda con ciò l'ipotesi di Von Noorden sulla genesi anafilattoide di esantemi tossici, che vengono spiegati con l'accumulo nella pelle di prodotti di disfacimento dell'albumina e dei lipoidi dell'organismo, prodotti che sono tossici per i capillari.

Perchè tale terapia dia il suo pieno rendimento occorre intervenire su lesioni ancora giovani, o a risveglio evolutivo recente; presso i malati capaci ancora di difendersi.

L'insieme dei lavori recenti sull'auroterapia ha permesso di farmi un'idea più giusta del

suo valore terapeutico e precisare il suo modo d'impiego.

I composti d'oro non sono un rimedio specifico della tubercolosi; ma si possono considerare come i migliori agenti chemioterapici attualmente conosciuti.

Una tecnica accurata, una posologia prudente, la selezione dei malati, una rigorosa attenzione alle indicazioni e controindicazioni, saranno indispensabili per l'impiego di questo medicamento e la garanzia della sua innocuità ed efficacia.

Con queste riserve e quelle di un'esperienza più estesa, stimo che i sali d'oro meritano considerazione nel trattamento della tubercolosi polmonare.

Giugno, 1932-X.

RIASSUNTO.

L'autore presenta uno studio di circa 200 casi; ritiene che l'auroterapia somministrata a « piccole dosi » con selezione di malati e accurata tecnica debba meritare la più alta considerazione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE « MASSOLONGO », TREGNANO (VERONA).

Coliche vescicali periodiche da ripetuti incarceramenti di piccolo cistocele inguinale soprapubico.

Dott. E. FIORINI, chirurgo primario e direttore.

Ritengo non assolutamente vano illustrare brevemente un caso clinicamente caratterizzato dall'insorgenza brusca e periodica di coliche vescicali con tenesmo, intervallate da periodi di assoluto benessere (senza evidenti lesioni dell'apparato urinario) la origine delle quali poteva sfuggire ad una osservazione anamnestica ed obbiettiva non molto accurata:

M. A., di anni 54, di Tregnago, contadino, n. 97 di nosografica. Non ha sofferto malattie degne di nota comprese le veneree. Nei famigliari nessuno ebbe a soffrire d'ernia. Mangiatore e bevitore, alvo normale. La minzione che fino a tre anni fa si era mantenuta normale, da quell'epoca incominciò a presentare disturbi insorgenti ad intervalli, da prima piuttosto lunghi (2-3 mesi) ed in seguito sempre più brevi, consistenti in dolori alla regione retropubica che si manifestavano improvvisamente erano accompagnati da tenesmo vescicale con emissione di urina a goccia, senza apparenti alterazioni delle urine emesse, senza febbre nè altri disturbi. Appena insorgeva tale accidente l'ammalato si metteva a letto ed applicava sulla regione dolente un impacco caldo, col quale espediente otteneva, dopo un tempo più o meno lungo, la scomparsa dei disturbi accompagnata da una regolare minzione. Fra un attacco colico e l'altro, la minzione si effettuava regolarmente e l'aspetto delle urine sembrava normale.

Esame obbiettivo: uomo corpulento in cui l'esame somatico non mette, a tutta prima, in rilievo particolarità degne di nota. L'esame della regione soprapubica non fa rilevare presenza di globo vescicale. Negativa riesce la palpazione delle regioni renali ed infruttuosa rimane un'esplorazione vescicale con catetere metallico. La permeabilità dell'uretra è perfetta ed al riscontro rettale non si percepiscono alterazioni della prostata e delle vescichette seminali. Nessun residuo urinario in vescica; urine normali. La ricerca di ombre sospette a carico della vescica, reni ed ureteri, praticata un paio di giorni dopo, riesce negativa.

Mentre ci accingevamo ad ulteriori esami e prove funzionali la nostra attenzione venne attratta da un particolare che certamente sarebbe sfuggito ad una osservazione un po' superficiale e che ci portò alla diagnosi. Rivisto, infatti, il malato a vescica piena potemmo constatare che la parte più mediale della regione inguinale destra era leggermente più sporgente di quella dell'altro lato. Questa lieve deformità era mascherata dal notevole grado di adiposità del tessuto sottocutaneo e scompariva lentamente e gradatamente esercitando una modica pressione con la mano, per ricomparire appena la pressione veniva abbandonata.

Passato il P. dalla posizione verticale alla orizzontale la tumefazione non scomparve; svuotata la vescica, invece, essa si ridusse completamente; potemmo allora constatare che l'orificio sottocutaneo del canale inguinale era più ampio di quello dell'altro lato e che la punta del dito introdottavi percepiva un leggero infossamento diretto medialmente ed in basso. Non era apprezzabile alcun impulso sul dito esploratore facendo tossire l'ammalato. Introdotto nuovo liquido in vescica la tumefazione si riprodusse per ridursi appena si lasciò refluire il liquido stesso.

Interrogato, allora, nuovamente il P. potemmo sapere, dopo non poche insistenze, che durante la colica vescicale il dolore si irradiava verso l'inguine destro dove, però, egli non potè notare mai alcuna modificazione di forma.

A questo punto l'ipotesi che l'origine di ogni disturbo vescicale fosse da ricercarsi in un eventuale incarceramento di un piccolo cistocele, aveva un fondamento di ragionevolezza e potemmo confermarla mediante un esame cistoscopico col quale potemmo mettere in evidenza l'esistenza di una estroflessione della parete vescicale destra.

Qualche giorno dopo assistemmo ad una delle coliche di cui il paziente aveva giustificato timore. Improvvisamente, dopo un colpo di tosse, l'ammalato fu colto da dolori alla regione vescicale, con irradiazioni a destra, tenesmo fastidiosissimo con bruciori all'uretra ed emissione a goccie di urina. La regione inguinale destra presentava, nella sua porzione più mediale, una piccola rilevatezza dolente ed irriducibile, anche col cateterismo vescicale. Le urine raccolte si mostrarono normali. Messo a letto l'ammalato, mediante applicazione di impacchi caldi sulla re-

gione dolente si ottenne la scomparsa dei sintomi e la riduzione spontanea della tumefazione.

Diagnosi: cistocele inguinale incarcerato.

Operazione: analgesia percainica. Aperto il canale inguinale, si scorge subito un sacco del volume di una noce, di aspetto e spessore insolito, appoggiato sul pube, limitato all'interno dal margine laterale del muscolo retto e all'esterno dalla fascia trasversale presentante un ispessimento cordoniforme che viene identificato per il legamento di Henle; in alto la tumefazione è ricoperta dai muscoli trasverso ed obliquo. Essa appare vuota e non mostra alcun rapporto col funicolo; i vasi epigastrici si sentono pulsare alquanto lateralmente al suo colletto; ha forma globosa con larga base d'impianto e superficie di colorito un po' più scuro di quello di una vescica urinaria normale; tuttavia non si scorgono placche di necrosi nè echimosi. A scopo di controllo si pratica il riempimento della vescica che determina un aumento di volume della tumefazione in esame. Non esistono altre formazioni sacculari nè lipomi presierosi. Dopo ispezione accurata delle parti più profonde e riduzione del cistofele si procede alla ricostruzione delle pareti alla Bassini fissando al pube anche i muscoli retto e piramidale.

Diagnosi operatoria: punta d'ernia inguinale interna extraperitoneale della vescica.

Guarigione per prima intenzione. Sono trascorsi cinque mesi dall'intervento ed i disturbi vescicali sono totalmente scomparsi; la deformazione inguinale non è più apprezzabile.

In questo caso clinico, a sintomatologia subbiettiva quasi esclusivamente vescicale, potemmo formulare una diagnosi esatta, per l'osservazione, direi quasi fortuita, di due particolari del quadro sintomatico, entrambi di importanza apparentemente minima, e cioè: 1) la colica vescicale era accompagnata da irradiazioni all'inguine destro; 2) l'inguine verso il quale si irradiava il dolore, a vescica urinaria piena, appariva leggermente deformato.

Particolari questi di difficile apprezzamento; il primo, infatti, ci fu rivelato dal P. soltanto dopo insistenti domande; il secondo poteva sfuggire anche ad un osservatore sia pure esperto ma non molto minuzioso, per lo stato di notevole adiposità della regione e per il grado limitato di deformazione della regione stessa. Questi particolari ci permisero la diagnosi di cistocele inguinale, diagnosi che venne confermata da ulteriori esami e prove, dal decorso ed, infine, dall'intervento operativo.

Non è nostra pretesa diffonderci sulla questione delle ernie della vescica. Dell'argomento esistono pregevoli monografie come quella dell'Alessandri, Eggenberger e molti altri.

Ci limiteremo a ricordare che il cistocele costituisce generalmente un'ernia inguinale interna, nella quale il sacco può essere costituito dalla sola parete vescicale (ernie *extra-peritoneali*) oppure con sacco peritoneale e vescicale (e. *para-peritoneali*) ed, infine, con cistocele contenuto nel sacco peritoneale (e. *intraperitoneali*).

Il nostro caso appartiene evidentemente al gruppo delle ernie vescicali extra-peritoneali perchè accanto al diverticolo vescicale non rinvenimmo altra formazione sacculare.

Questa varietà è alquanto rara e da taluni, perfino, messa in dubbio. La varietà più rara è quella intraperitoneale.

La diagnosi di ernia della vescica viene formulata molto più frequentemente al tavolo operatorio che al letto dell'ammalato. Berger, che nel 1895 raccolse numerose osservazioni del genere, confessava come soltanto in pochi casi la diagnosi esatta potè essere posta prima dell'operazione. Molto più frequente nel maschio, è stata osservata nella donna in pochi casi (Escher, Draudt, Razzaboni, ecc.); quasi sempre unilaterale è stata eccezionalmente trovata bilaterale dall'Alessandri, Coen e qualche altro.

Riguardo alla patogenesi di tale affezione sono state invocate come cause predisponenti, le deficienze di sviluppo e di inserzione dei muscoli retti, e del tendine congiunto, l'atrofia del muscolo obliquo interno e trasverso, la presenza di lipomi prevescicali, ecc.

Interessanti riuscirono dal lato etiologico le accurate ricerche dell'Alessandri che mise in evidenza l'importanza di tutte le cause che ostacolano lo svuotamento vescicale (ipertrofia prostatica, restringimenti uretrali) come responsabili di indebolimento e conseguente sfiancamento laterale delle pareti vescicali. L'illustre Clinico ha tenuto in giusta considerazione anche i diverticoli e le asimmetrie congenite dell'organo come fattori decisamente capaci di provocare, prima o dopo il cistocele.

***

Qualche considerazione merita il problema diagnostico dell'ernia della vescica perchè di capitale importanza per il trattamento operatorio non soltanto, ma anche perchè (come nel nostro caso) la stranezza dei sintomi può simulare forme morbose a sintomatologia ben dissimile da quella di una comune ernia inguinale.

Sono da tenersi in massima considerazione tutti quei dati anamnestici che ci possono rilevare disturbi più o meno palesi dell'urinazione. L'ammissione da parte del paziente, ch'egli non riesce a svuotare completamente la vescica senza esercitare una pressione nella regione inguinale, la cosidetta *minzione dop-*

pia o *minzione in due tempi*, dovrà immediatamente consigliarci a rivedere la nostra eventuale prima e troppo semplicistica diagnosi di ernia inguinale semplice. La constatazione che il tumore erniario non compare e non aumenta con i colpi di tosse ma che invece compare e scompare a seconda che la vescica è piena o vuota, i risultati di un attento esame cistoscopico ed eventualmente cistoradiografico (Draudt, Voelcker e Lichtenberg), la palpazione di un sacco a pareti molto spesse e la possibilità di risvegliare disturbi vescicali con la trazione del sacco, convalideranno una nostra prima ipotesi di ernia della vescica.

Durante l'intervento, se la diagnosi non è stata formulata prima, la presenza di un sacco di insolito spessore, rivestito o no di grasso ci consiglierà ad essere prudenti ed a non procedere all'apertura dello stesso prima di aver provata la sua indipendenza della vescica, col riempimento di questa.

È stata consigliata la puntura esplorativa come ha fatto anche recentemente Pfitzner in un caso di cistocele incarcerato. Ma la manovra della puntura trova giustamente oppositori (Rosenstein e altri) per il pericolo d'inquinamento della ferita. Del resto essa diviene inutile se disponiamo di un mezzo tanto innocuo che sicuro come quello del riempimento della vescica.

Riguardo alle complicanze dell'ernia vescicale diremo che l'*incarceramento del diverticolo* rappresenta un'evenienza abbastanza rara. Il primo caso descritto è forse quello del Kahl (1880) a cui segue il caso del Draudt che risale al 1904. Vengono poi altri fra cui quelli del Finsterer (1912) Razzaboni (che osservò stranguria ed ematuria) Haslinger, Coen, Pfitzner, Schiaky ed altri. Nello strozzamento delle ernie della vescica i caratteri clinici più salienti sono rappresentati dai disordini nella funzione della minzione. Stranguria, disuria, tenesmo, ematuria rappresentano sintomi tanto improvvisi che allarmanti. Non di rado si associano il vomito, il meteorismo, la chiusura dell'alvo. La tumefazione erniaria si fa irriducibile, dolentissima alla palpazione e si può arrivare allo sfacelo della vescica.

Ma talvolta, come nel nostro caso, i sintomi di incarceramento sono così leggeri da non richiamare l'attenzione del malato sulla vera localizzazione del male e da simulare le più svariate affezioni urinarie. Ardua può riuscire in questi casi la diagnosi differenziale specialmente se agli altri sintomi si associano alterazioni delle urine.

Per la cura operativa poco c'è da aggiungere a quanto si consiglia per tutte le ernie inguinali interne. Ricostruzione dei piani alla Bassini, con particolare riguardo alla parte mediale del piano posteriore, fissando al periostio del pube, anche il muscolo piramidale ed il muscolo retto Le accidentali ferite della vescica si sutureranno in tre strati lasciando per qualche giorno una sonda uretrale a permanenza nel viscere. Il sospetto che le urine sieno infette consiglierà un drenaggio della ferita operatoria. In caso di lesione intraperitoneale della vescica si passerà ad una erniolaparatomia per ricercare la lesione e trattarla convenientemente. I diverticoli a peduncolo stretto potranno venire resecati con successivo affondamento del moncone.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso a sintomatologia vescicale (coliche ripetute con tenesmo) senza evidenti lesioni dell'apparato urinario, l'interpretazione etiopatogenetica del quale potè essere fatta mercè l'accidentale riscontro di una punta d'ernia soprapubica, extraperitoneale della vescica, suscettibile di leggeri e periodici incarceramenti.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. Il Policlinico, Sez. Chir, n. 1, 1901; Boll. della R. Accad. Med. di Roma, anno XXXI, fasc. II, 1905.
AUE. Deut. Zeitsch. f. Chir., 1893.
BERGER. Neuvième Congrès français de chirurgie, 1895.
BRUNNER. Ibid., 1898, XCVII, pag. 121.
COEN. Policl., Sez. Pr., 1928.
DRAUT. Beitr. f. Klin. Chir., Bd. 42, 1904.
EGGENBERGER. Ibid., 1908, XCIV, pag. 524.
FINSTERER. Beitr. z. Klin. Chir., LXXXI.
HASLINGER. Deut. Klin. Woch., 1926, n. 40.
JABOULAY et VILLARD. Lyon Méd., 1895, p. 239.
KAHL. Medycyna Warsava, 1880.
LOSSEN. Beitr. z. Klin. Chir., 1902, XXXV, p. 149.
MANTELLI. Il Policlinico, Sez. Chir., luglio-agosto 1910.
MONARI. *Cistocele inguinale*. Bologna, Regia tipografia, 1896.
PFITZNER. Zentr. Chir., 1930, pag. 712.
RAZZABONI. Riforma Medica, n. 45, a. 1920.
SCIAKY. Policlin., Sez. Pr., 1929, n. 39.
WATSON. Amer. Journ. of Surg., 1922, XXXVI, pag. 55.

COMMENTI.

A proposito di febbre esantematica benigna estiva.

Riceviamo:

Ch.mo Sig. Direttore de « Il Policlinico »
Roma.

Il lavoro pregevolissimo di U. Reitano e U. Boncinelli sulla « Febbre esantematica mediterranea » comparso in questo periodico (n. 36 di quest'anno), contiene alcuni richiami storici; ma agli autori è sfuggita la mia nota « Sopra una forma affine agli eritemi polimorfi ed alcune porpore » pubblicata su questo medesimo periodico nel 1920 (n. 13).

Pertanto mi permetto di farne rilievo, non essendo la prima volta che si verifica siffatta dimenticanza.

Invero la mia nota è molto modesta, in confronto dei poderosi lavori che si sono susseguiti sull'argomento, fra cui vanno particolarmente ricordati quello di A. Carducci, al quale spetta il grande merito di avere con ampia illustrazione richiamato fortemente l'attenzione sulla malattia, e quello oltremodo interessante per la documentazione e per la concezione che lo anima di G. Pecori, che larga e meritata diffusione ha avuto.

Tenuto, però, conto che la mia pubblicazione sulla malattia in parola è stata la prima (il lavoro del Carducci è venuto circa un mese dopo) e, d'altra parte, che essa aveva uno scopo ben definito, nell'interesse così dei colleghi come dei malati — i quali ultimi rischiavano di essere portati nei lazzaretti per tifo esantematico, poichè si era in piena minaccia di questa malattia — mi lusingo che detta mia pubblicazione meriti di non venire dimenticata.

Del resto, in alcuni periodici mi è stata fatta la parte che, credo, mi è dovuta.

Le sarò grato, signor Direttore, se vorrà dare corso a questo mio richiamo.

Ringraziamenti ed ossequi.

Roma.

Dott. Domenico Falcioni
Medico condotto del Governatorato.

PROBLEMI NUOVI.

Un nuovo fenomeno immunitario: l'anacoresi.

(M. Capocaccia. *Minerva Med.*, 21 luglio 1932).

Anacoresi è il nome che A. Ascoli ha creato per definire un fenomeno che è stato da qualche tempo notato nei vitelli vaccinati col B. C. G. Si è visto infatti che tra questi vitelli vaccinati si osservano meno malattie, sì da lamentare minor numero di scarti, ed il loro sviluppo è migliore di quello dei non vaccinati.

L'anacoresi è, secondo l'Ascoli, l'attività che il tessuto infiammato esercita quale richiamo e quale mezzo di distruzione di germi estranei all'infiammazione stessa e diversi da quelli che l'hanno determinata.

I focolai infiammatori prodotti dal B. C. G. costituirebbero, sempre secondo l'Ascoli, nell'organismo del vaccinato, dei centri verso i quali i germi in genere sarebbero attratti per un'azione chemiotattica positiva a distanza: arrivati a contatto col tessuto infiammatorio creatosi intorno agli sparsi elementi del B. C. G., i germi nuovi arrivati troverebbero già pronta una formazione di cellule fagocitarie, di elementi epitelioidi e di istiociti che per essere già in funzione attiva di difesa sarebbero particolarmente agguerriti. Così si spiega come le cavie vaccinate col B. C. G. dimostrano una riduzione della mortalità postaftosa e una maggiore resistenza alla infezione carbonchiosa e a quella tetanica.

Per dare consistenza sperimentale a questa sua concezione della attività difensiva generica del B. C. G., l'Ascoli si riporta ad alcune esperienze della scuola medica di Padova (Spagnol, Sabbatani, Oselladore, Salvioli) le quali avrebbero dimostrato che introducendo artificialmente nell'organismo dei colloidi elettronegativi (per via endovenosa) e facendo agire uno stimolo meccanico, chimico e termico su un punto dell'organismo stesso, in questo stesso punto si provoca la fissazione degli elementi colloidali estranei introdotti. La fissazione locale del materiale granulare iniettato avviene sempre a ridosso della superficie interna della parete dei piccoli vasi, come avviene per la formazione dei trombi di piastrine, secondo la dimostrazione di Bizzozzero.

Tutti questi fenomeni costituiscono il punto di appoggio per l'anacoresi di Ascoli, in quanto gli stessi AA. avevano dimostrato che con le stesse modalità di stimolazione si può realizzare anche l'accumulo di microorganismi.

Ora il Capocaccia si meraviglia del fatto che l'Ascoli consideri queste esperienze come *classiche* e del tutto nuove. Basta conoscere un poco — dice il nostro A. — tutto il corpo di dottrina che si è venuto creando intorno all'apparato reticolo istiocitario per comprendere

come queste esperienze fossero già note, anche se non proprio nella loro precisa esteriorizzazione di accumuli di sospensioni colloidali elettronegative sulla parete dei vasi di un territorio stimolato, per lo meno nelle loro leggi generali. Basta ricordare che le sostanze usate per mettere in evidenza l'apparato reticolo istiocitario sono tutte del gruppo di quelle che danno sospensioni colloidali a carattere elettronegativo (trypanblau, ecc.), che i microrganismi del gruppo degli schizomiceti danno sospensioni che hanno tutti i caratteri delle soluzioni colloidali elettronegative e che le cellule in attività funzionale maggiore sono quelle che assumono con maggiore facilità i granuli di colore. Se si riportano dunque le esperienze degli AA., ai quali Ascoli si è rivolto per la spiegazione della sua anacoresi, alla loro interpretazione più esatta e si stabilisce che solo le cellule istiocitarie e indifferenziate e solo nell'atto in cui esse subiscono lo stimolo che scatena il movimento cariocinetico e differenziatore, hanno l'attitudine a fissare elettivamente le sospensioni colloidali elettronegative ed i batteri, resta anche stabilito che i granulomi da B.C.G. non possono conservare che per un tempo brevissimo una ipotetica azione di richiamo sui batteri e se mai solo su quelli che penetrano nel sangue e vi circolano come le altre sospensioni colloidali iniettate artificialmente. Se il concetto dell'Ascoli rispondesse a verità si dovrebbe arrivare all'assurdo biologico che dovunque esistono focolai infiammatori preformati non fosse possibile l'impianto successivo di altre infezioni.

Perchè allora la *funzione anacoretica* non è esplicata da un focolaio tubercolare di quelli che si hanno nell'infezione spontanea? Tanto più che l'Ascoli insiste sulla particolarità caratteristica dell'organismo impregnato di bacilli tbc., che è quella di rispondere con un processo infiammatorio rapido ed energico alle stimolazioni in genere.

L'anacoresi si accosta allora ad un altro ordine di fenomeni completamente diversi: la maggiore resistenza a tutte le malattie infettive dei vitelli vaccinati col B. C. G., diventando quindi l'espressione di una iperreattività allergica dei tessuti dei tubercolosi. E allora, si domanda l'A., era proprio necessario creare un nome nuovo per definire un fenomeno che fa parte di tutto un gruppo di reazioni conosciute come funzione della attività di un apparato anche troppo studiato, quale è il sistema reticolo istiocitario?

* * *

Nello stesso giornale il prof. A. Ascoli risponde alle critiche del Capocaccia.

Il progresso scientifico — egli dice — può effettuarsi in due modi: intuendo nessi tra fenomeni apparentemente disparati e stabilendo distinzioni fra gruppi apparentemente uniformi; individuati alcuni fatti, egli ha dedotto dal loro ripetersi in campi affini (ascesso di fissazione, vaccinazione anticarbonchiosa) trattarsi di un fenomeno generale che andava contrassegnato con un nome rispondente al concetto dottrinale provvisorio. Il fenomeno dell'anacoresi sembra avere rapporti da un lato con l'apparato reticolo-endoteliale, dall'altro con l'allergia senza che tuttavia si possa nè inquadrarlo esattamente nelle funzioni del primo, nè identificarlo con la seconda. Anche qualora l'avvenire dimostrasse la sua pertinenza al gruppo delle funzioni reticolo-endoteliali o a quello dei fenomeni allergici, esso dovrebbe sempre rimanere isolato e distinto dalla famiglia, come per esempio il fenomeno di Arthus nell'anafilassi, e rientrare negli attributi biologici dei processi infiammatori.

Noi pensiamo che l'anacoresi potrebbe rientrare nel vasto gruppo di fenomeni ora noti come *panimmunità*: le difese mobilizzate dall'organismo contro un agente dannoso, valgono anche contro altri agenti dannosi. Il primo rilievo sperimentale del genere venne fatto da Verney; il problema è ora argomento di pregevoli ricerche. G. LA CAVA.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Alcuni recenti acquisti in endocrinologia.

(BROUHA. *Le Scalpel*, 28 maggio 1932).

L'A. passa rapidamente in rivista un certo numero di moderne acquisizioni nel campo dell'endocrinologia, che hanno rapporti con la patologia e la clinica.

1) *Surrenali*. Se è attualmente abbastanza nota la funzione della midollare surrenale, solo recentemente si è riusciti a precisare qualche cosa sulla funzione della corticale. Swingle da solo e poi in collaborazione con Pfiffner, è riuscito a preparare, a partire dalla corteccia surrenale, degli estratti sufficientemente puri per poterli iniettare. Studiando l'azione di questi preparati in animali completamente surrenalectomizzati, questi AA. sono riusciti a mantenere in vita i loro soggetti operati finchè durava la somministrazione quotidiana di una dose sufficiente di estratto. Cessato il trattamento, l'animale presenta tutti i segni dell'insufficienza surrenale acuta e muore come un animale nuovo al quale si sopprimono le due surrenali.

Qualche saggio terapeutico è stato tentato in clinica umana ed i risultati sembrano incoraggianti, specie nel trattamento della malattia di Addison.

2) *Lobo anteriore dell'ipofisi*. Le ultime ricerche di Evans e della sua scuola dimostrano che esistono certamente a livello del lobo

anteriore dell'ipofisi due ormoni ad azione molto differente. Questo A. è riuscito a preparare recentemente, a partire dal lobo anteriore del bue, un principio che agisce esclusivamente sull'accrescimento generale del corpo. Finora non era stato possibile ottenere questa azione che insieme con un'azione inibitrice sulla secrezione interna delle ghiandole sessuali.

Quanto al principio ipofisario che stimola le ghiandole sessuali, da molti anni Zondek ammette che il lobo anteriore dell'ipofisi segreghi due prodotti ben differenti nella loro azione sulla ghiandola genitale. Il primo, che chiama prolan A avrebbe la proprietà di stimolare l'accrescimento dei follicoli di Graaf, di cui provocherebbe la maturazione. Il secondo, prolan B, provocherebbe la trasformazione dei follicoli in corpi lutei.

Bisogna, a parere dell'A., mostrarsi prudenti nell'ammettere l'esistenza di due principi ipofisari ad azione gonadotropa, perchè le esperienze su citate sono realizzate a mezzo di preparazioni ipofisarie ancora molto impure e di cui la concentrazione in ormone varia secondo il modo di preparazione.

Il problema della secrezione interna del lobo anteriore si complica ancora per il fatto che le ghiandole sessuali che sono influenzate dagli ormoni ipofisari sono a loro volta capaci di agire sul lobo anteriore e di modificarne il funzionamento.

Aron ha dimostrato che gli estratti di lobo anteriore hanno un'azione stimolante sulla ghiandola tiroide e Schockaert ha notato in animali impuberi sottoposti a tale trattamento una regressione molto marcata del timo. Un altro effetto recentemente scoperto degli estratti di ipofisi è di stimolare lo sviluppo della ghiandola mammaria e di provocare la secrezione lattea in animali adulti non gravidi ed anche in animali impuberi. In clinica umana i risultati ottenuti finora sono poco incoraggianti.

3) *Ovario*. Bisogna oggigiorno ammettere l'esistenza di almeno due ormoni ovarici. Il primo, la follicolina, tiene sotto la sua dipendenza tutti i fenomeni della fase follicolare, cioè del periodo durante il quale si effettua la maturazione del follicolo; il secondo, ormone luteinico, interviene nel determinismo delle manifestazioni che caratterizzano la seconda fase del ciclo, fase durante la quale si sviluppa ed agisce il corpo luteo. La follicolina parrebbe essere l'ormone sessuale femminile propriamente detto; l'ormone luteinico è piuttosto un ormone di gestazione.

Hinglais ha recentemente dimostrato che la follicolina è molto attiva per via buccale quando sia somministrata a dosi frazionate e frequentemente ripetute. In clinica umana la follicolina è stata usata con successo in certe amenorree, in alcune dismenorree ed in casi di sterilità.

Lo studio clinico degli estratti del corpo luteo comincia appena. Si può pensare che essi possano dare dei risultati interessanti in certi casi di sterilità e di aborto dovuto a insufficienza luteinica.

4) *Ormone del sistema nervoso simpatico*. I lavori di Demoor hanno dimostrato che esistono nel cuore delle sostanze attive ad effetto specifico, benchè non si trovi in quest'organo alcuna struttura che possa essere descritta come ghiandola a secrezione interna. Si arriva alla stessa conclusione quando si esaminano le esperienze che dimostrano che l'attività cardiaca del nervo vago si trasmette al liquido che irrora il cuore.

Cannon e Bay stimolando il simpatico addominale, hanno osservato il passaggio nel sangue di una sostanza che va ad agire a distanza per riprodurre, su organi preventivamente sensibilizzati, l'azione dell'eccitazione dei nervi simpatici o dell'adrenalina. La sostanza attiva proviene elettivamente dalla stimolazione delle fibre simpatiche post-gangliolari. Essa agisce a distanza sul cuore enervato, aumentandone la frequenza e la forza di contrazione. La sua azione sembra simile a quella di piccole dosi di adrenalina, ma non è ancora possibile affermare che la sostanza in questione, designata da Cannon e Bay sotto il nome di « simpatina » sia realmente dell'adrenalina.

C. TOSCANO.

Alcoolismo e ghiandole endocrine.

(M. DA FONSECA. *Jornal dos Clinicos*, 30 aprile 1932).

La letteratura medica è tuttora povera di lavori che studino i malefici dell'alcool sopra le ghiandole a secrezione interna. L'alcool, che attacca tanti importanti organi dell'organismo umano, non manca certamente di provocare lesioni degenerative a carico delle ghiandole endocrine, che tanta importanza hanno nella economia organica.

L'azione patogena dell'alcool non si limita soltanto a provocare processi degenerativi nel tessuto nobile o parenchimatoso degli organi, bensì esercita la sua malefica influenza anche sul tessuto interstiziale, producendo fibrosi, sclerosi e cirrosi vera e propria. Questa doppia azione patogena, nella quale la steatosi ha la parte preponderante, sbocca, in capo a poco tempo, alla insufficienza dell'organo, che non tarderà a tradursi clinicamente, da principio con sintomi abbozzati, in seguito con la sindrome completa d'insufficienza.

Le ghiandole endocrine tentano di reagire all'azione dell'alcool con un iperfunzionamento iniziale al quale ben presto segue un ipofunzionamento più o meno accentuato. Pende crede che l'alcool, esercitando una azione stimolante sul parenchima tiroideo, sia capace di

determinare una sindrome basedowiana, simile a quella che si ha, talvolta, con la medicazione jodica.

Egli ad ogni modo crede che nell'alcoolismo cronico sia più frequente a riscontrarsi uno stato di ipotiroidismo che si manifesta con mixedema e con l'idiozia mixoedematosa.

Schmiergeld in due casi di alcoolismo cronico, notò un'ipofunzionamento dell'ipofisi, fenomeno che aveva come substrato anatomo-patologico proliferazione del tessuto connettivo, numerose cellule cromofobe, elementi eosinofili piccoli e relativamente poco abbondanti. Nell'alcoolismo cronico notasi inoltre sclerosi e steatosi delle surrenali, con atrofia principalmente del tessuto corticale, alterazioni dimostrate sperimentalmente da Garlini.

In vari casi di cirrosi di Laënnec l'A. ha trovato le surrenali diminuite di volume, con lo strato corticale ristretto e vacuolare, e lo strato midollare anche diminuito di volume: inoltre franca proliferazione di tessuto connettivo. In un caso vi era sclerosi generalizzata delle surrenali. Le stesse alterazioni riscontrò in un caso di polisteatosi viscerale di origine alcoolica, complicato da malaria. Altre alterazioni delle ghiandole surrenali, come ispessimento della capsula e delle travate, aumento degli stati corticali e midollari, turgescenza dei vasi, endoarterite, furono trovate in casi di sindrome di Korsakoff.

I testicoli, secondo Lanceraux, sono frequentemente alterati, per lo meno negli alcoolisti inveterati; il parenchima si presenta come maculato per steatosi degli epiteli. Kostitch intossicò progressivamente dei ratti, mediante dosi giornaliere di alcool e conseguì rapidamente alterazioni dei testicoli: atrofia cioè della ghiandola seminale ed accentuata iperplasia del tessuto interstiziale.

Ciò sembra dimostrare che il tessuto spermatogenico sia più sensibile all'alcool che il tessuto interstiziale. E realmente non si notava in questi casi modificazione dei caratteri sessuali secondari, che dipendono, in gran parte, dal tessuto interstiziale.

Dalla diminuzione della spermatogenesi risulta una minore natalità negli intossicati da alcool, e quel fatto, fino ad un certo punto, contribuisce ad abbassare la ereditarietà patologica alcoolica. L'alcoolismo può provocare peggiori conseguenze morbose ereditarie, specialmente rispetto al fattore endocrino. I figli di alcoolisti non raramente nascono affetti da uno stato di meiopragia delle ghiandole a secrezione interna, che può volgere in una completa sindrome endocrina, quale infantilismo, mixedema, ecc. Come si vede, anche in un campo così importante per l'economia organica quale è il sistema endocrino, l'alcool esercita la sua malefica influenza provocando danni irreparabili, che rendono l'uomo nullo, sia fisicamente che moralmente, di fronte alla società.

G. La Cava.

PEDIATRIA.

Febbri criptogenetiche ed ipertermie nell'infanzia.

(E. Marino. *Gazz. Osp. e Clin.*, 17 luglio 1932).

Quante volte non si è chiamati improvvisamente al letto di un bambino che presenta come unico sintoma una febbre elevata! L'attesa degli eventi non porta nessuna luce: l'esame obiettivo, il laboratorio non danno alcuna risposta positiva. Interviene allora la vaga e comoda etichetta di *febbre criptogenetica* espressione che serve a coprire la nostra ignoranza e che dovrebbe sparire dal vocabolario clinico, come è sparita dal linguaggio pratico specialmente oggi, che la famiglia vuole, anche se non è possibile, la diagnosi in termini chiari e comprensibili.

Sotto il nome di *ipertermie* si intendono invece le cosidette *febbri asettiche* degli antichi cioè un aumento di temperatura del corpo, che può essere transitorio oppure durare indefinitamente (ipertermia congenita ereditaria di Troisier), aumento di temperatura che non è legato ad uno stato infettivo ma è dovuto per lo più ad uno squilibrio dei centri termoregolatori, di origine per lo più endogena.

Malattie febbrili criptogenetiche.

Febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari (Arcangeli). L'ipotesi di natura tubercolare di una febbre si può enunciare quando il paziente presenta sintomi di orientamento (antecedenti ereditari, notizie di vita in ambiente tbc., antecedenti personali sospetti, quali adeniti, catarri frequenti, deficienze nelle condizioni generali). Secondo Hamburger è caratteristico per la tbc. il trovare periodi di temperatura quasi normale intercalati da periodi di febbre. Nelle forme tubercolari si assiste ad uno sfebbramento al massimo dopo quattro mesi se si tratta di una forma benigna e dopo questo la malattia tende a cedere oppure, se progredisce, avrà prodotto delle alterazioni tali da non lasciare più dubbio sulla natura dell'affezione. In un bambino affetto da temperatura subfebbrile da più di quattro mesi in cui non si riesce a dimostrare la minima alterazione fisica o radiologica, bisogna assolutamente escludere la tubercolosi. Scarsa è l'importanza da dare alla reazione di Pirquet: come anche di molto diminuito è il valore diagnostico della adenopatia tracheo-bronchiale, mentre invece molta importanza ha assunto la ricerca del bacillo nell'escreato estratto con la sonda. Non fanno parte del tema la febbre di tubercolizzazione o di prima infezione, e la febbre granulica o miliarica che nella forma attenuata viene chiamata tifobacillosi di Landouzy.

Infezioni intestinali. I francesi parlano di « typhoidettes » e di « febbri mucose » per in-

tendere forme intestinali a lungo decorso non determinate dal bacillo di Eberth, ma da Coli, Bruce, Bang. Ipertermie e diarree postprandiali si possono avere in quelle coliti croniche in cui il pasto, per ipercinesi dello stomaco e del tenue, arriva troppo presto nel colon. Febbri si hanno anche nelle crisi acetonemiche che si presentano nell'infanzia con caratteri di periodicità, con vomito, alito acetonico, segni nervosi, stipsi. Da citare inoltre le cosidette febbri verminose per elmintiasi.

Febbre da dentizione. Secondo Jonson tale febbre non esiste, essendo essa volta per volta dovuta più che alla « dentitio difficilis » a cause diverse come angine, gastriti, adeniti, riniti. Nei bambini più grandicelli pensare alla appendicite.

Influenza: ricordare la sua analogia con le malattie esantematiche: congiuntivite, rinite, angina rossa, talora « rash », fatti gastrointestinali.

Angine. Spiegano la febbre specialmente se mostrano i punticini biancastri in corrispondenza delle cripte e se sono accompagnate da tumefazione delle ghiandole del collo e della nuca.

La febbre ghiandolare di Pfeiffer o mononucleosi infettiva si presenta con faringite e tumefazione acuta delle ghiandole retrosternocleidomastoidee.

L'adenoidite si presenta con respiro russante, voce anserina, asimmetria dell'arcata faringea, facies tipica. Per la diagnosi è necessario talora introdurre il dito nel retrobocca e stare attenti se si vede il muco-pus discendere dal rino-faringe.

L'otite latente o muta (finchè non si ricerca il dolore) è sopratutto nel lattante causa di febbri che possono mettere in imbarazzo il medico anche accorto. La paracentesi fa cessare la febbre e il dolore.

La *mastoidite occulta* è pure causa di febbre di lunga durata. Altre cause di febbre sono le *infezioni focali* poste nei denti, cripte tonsillari, cavità accessorie, vie urinarie.

Pielocistiti. L'infezione delle vie urinarie è causa di febbri intermittenti di lunga durata con pallore caratteristico e talora, ma non sempre, disturbi della minzione. L'esame del sedimento è spesso sufficiente per la diagnosi.

Sono poi da ricordare le varie forme di sepsi da stafilo-pneumo-strepto-gonococco, ciascuna con la sua caratteristica fisionomia clinica.

Febbre reumatica. Nel bambino può anche non essere accompagnata da manifestazioni articolari o queste sono assai lievi e discrete. Talora le localizzazioni cardiache precedono il quadro sotto forma di una cardite con febbricola ricorrente.

Linfogranulomatosi maligna. Si ha febbre irregolare con abbondanti sudori, splenomegalia e tumefazioni ghiandolari. Occorre naturalmente l'esame del sangue.

Febbre luetica. Per la febbre del periodo primario ricordare che la lesione iniziale nel bambino ha sede diversa dall'adulto (cranio, bocca, ombelico). La sifilide può manifestarsi inoltre tardivamente con varie sindromi febbrili, assumendo la parvenza di malattie ben diverse in modo da far incorrere con facilità in errori di diagnosi.

Malaria. La forma congenita non è rigettata da tutti gli AA. specie dopo che il parassita fu trovato nel sangue del neonato e della madre. Quanto più il bambino è piccolo tanto meno tipico è il quadro. Manca il brivido che è sostituito da cianosi del naso, delle orecchie, della punta delle dita, da convulsioni o da stato stuporoso o dispnea o diarrea profusa o vomito, che cessano con la scomparsa della febbre. Bambini nati da genitori malarici presentano talora nei primi anni di vita una febbre irregolare con lieve splenomegalia e cattivo stato generale. Questo stato si prolunga per settimane, dopo essere stato a torto considerato come dovuto a vegetazioni adenoidi, ad adenopatia tracheo-bronchiale, finchè non si fa uno striscio o una cura « ex juvantibus » ricordando la malaria dei genitori.

IPERTERMIE. È necessario, prima di fare una tale diagnosi, esperimentare tutte le prove di laboratorio che possono mettere in rilievo la esistenza di una malattia infettiva di qualsiasi natura. Qualora queste ricerche riuscissero negative bisogna decidersi ad ammettere la diagnosi di ipertermia.

Ipertermie di origine endocrina. — La tiroide ha specialmente influenza sulla termoregolazione.

L'ipertermia da Basedow, malattia che si ha anche nell'infanzia è frequente ed accompagna lo struma, il tremore, l'esoftalmo, la tachicardia. E ciò si spiega data l'elevazione del met. bas. provocata dall'ormone tiroideo. La febbre da Basedow può raggiungere i 40° e più; in genere però si hanno solo crisi ipertermiche isolate, talora ad andamento intermittente o remittente. Anche le surrenali hanno un'influenza sulla termoregolazione e lo dimostra il fatto che l'asportazione di esse determina nell'animale una forte ipotermia seguita il giorno dopo da un rialzo termico che poi cede ad un nuovo progressivo e fatale abbassamento, solo 24 ore prima della morte.

Ipertermie neuro-vegetative. — La ipertermia abituale, o stato subfebbrile costituzionale o subfebbrilità costituzionale, è un aumento di temperatura del corpo persistente per mesi e per anni, di cui non si riesce a trovare alcuna causa infettiva e che perciò deve essere considerata come una anomalia endogena del sistema termoregolatore. Si tratta spesso di soggetti sensibili neuropatici, vasoneurotici, che presentano labilità del sistema cardiovasale, astenia, pallore, facilità al dermografismo ed alla albuminuria ortostatica. Alle ipertermie neuro-vegetative devono essere ascritte anche quelle cosidette *febbri metainfettive* che si

hanno nella convalescenza delle malattie acute da infezione. Fra queste ipertermie deve essere messa anche la *febbre isterica*, di cui taluno nega l'esistenza.

Ipertermie da sale, da sete, da sostanze proteiche, da zucchero, da latte concentrato. — La genesi delle febbri che possono aversi dopo ingestione di queste sostanze trova la sua probabile esplicazione nella teoria dell'essicosi di Finkelstein. Secondo questi la disidratazione che si determina con l'ingestione di queste sostanze, determina una deficienza di acqua nel circolo portale e specialmente nel fegato. Le sostanze idrofile come il cloruro di sodio e le proteine fissando l'acqua alterano l'equilibrio idrico dei tessuti e così lo stato di sete pura diventa uno stato di essicosi che dà la febbre. Non è spiegato però perchè l'essicosi dia la febbre.

Febbre da carenza o prescorbutica. — Con la febbre alta irregolare si hanno emorragie gengivali nelle diafisi e nelle epifisi, anemia ematomi. Tutto scompare dando vitamina *C*.

Febbricole alimentari. — Vi sono forme fruste attenuate di febbri alimentari, specie nei primi mesi di vita e forse lo stesso squilibrio termico che si ha spesso nei bambini nutriti artificialmente, è da ritenersi una vera febbricola alimentare. Questa è però rara e naturalmente scompare togliendo l'alimento febbrigeno. G. La Cava.

La bronchiectasia nell'infanzia.

(Ch. McNeil. *British med. Journ.*, 6 ag. 1932).

Identificata per la prima volta da Laennec, nel 1819, la bronchiectasia venne studiata clinicamente soprattutto da Clark, Hadley e Chaplin, nel 1894 quando, dopo la scoperta del bacillo tubercolare, era possibile la distinzione con le forme da questo provocate. Nel 1922, Sicard e Forestier introdussero l'uso del lipjodol combinato con la radiografia, rendendo così possibile la dimostrazione precisa delle dilatazioni bronchiali. In questi ultimi anni, il broncoscopio contribuì di molto alla diagnosi e sopratutto al trattamento della bronchiectasia per cui si tentarono anche altre procedure chirurgiche.

Aspetti clinici.

Nella grande maggioranza dei casi, la bronchiectasia incomincia nella prima fanciullezza, per lo più dopo una malattia respiratoria acuta, bronchite o polmonite e particolarmente dopo il morbillo o la pertosse. Guarito dalla malattia acuta, il bambino continua ad avere della tosse e, presto o tardi, si installano i sintomi caratteristici: accessi parossistici (specialmente al mattino quando il bambino si sveglia), violenti che spesso finiscono col vomito; si hanno anche durante il giorno, in seguito a qualche eccitazione o sforzo fisico. Sputo spesso abbondante, ma talora scarso, generalmente non fetido nel periodo della fanciullezza, verde o giallo a seconda della quantità di pus che vi si trova; talvolta striato di sangue; rara l'emottisi ma, dopo qualche anno, si possono avere delle emottisi ricorrenti. In certi periodi, la tosse scompare del tutto, ma una volta che la bronchiectasia si è stabilita, la tosse e l'espettorazione ritornano e permangono per tutta la vita.

La durata della vita può essere lunga anche fino alla longevità. Il bambino va soggetto ad esacerbazioni della tosse con malattie acute febbrili — bronchite o polmonite — a cui sopravvive; lo stato di salute e di nutrizione generale, l'attività sono assai buone, vi è soltanto un po' di dispnea. Le condizioni generali variano a seconda della quantità dello sputo; in qualche caso, si hanno dita a clava e cianosi, ma non mai di grado estremo.

Meno costanti e meno utilizzabili per la diagnosi sono i *segni fisici*, che sono soprattutto in dipendenza del grado di dilatazione dei bronchi, della presenza di sputo e del grado di fibrosi che vi si associa. Il segno più costante consiste nei rantoli crepitanti persistenti o ricorrenti nell'area affetta; vi è generalmente del soffio bronchiale di tono basso e della pettoriloquia.

Se vi è della fibrosi massiva, si avverte dell'ottusità alla percussione e, se la pleura è inspessita, il murmure respiratorio e gli altri segni acustici possono essere poco rilevabili. Questo indebolimento dei rumori respiratori si può avere anche quando i bronchi dilatati sono ripieni di secrezione e viene invece sostituito da un soffio cavernoso quando se ne sono svuotati. Tale variabilità dei segni ha un certo significato per la diagnosi.

L'anamnesi di una malattia a lungo decorso ed i segni fisici polmonari formano una sindrome clinica non equivocabile, per cui non vi può essere difficoltà nella diagnosi con altre condizioni in cui la tosse è un segno prominente. L'uso del lipjodol conferma la diagnosi, ma soprattutto è utile per scoprire i gradi minori della bronchiectasia.

Per la *diagnosi differenziale* con la tubercolosi, la lunga durata della malattia e l'assenza di bacilli nello sputo hanno importanza decisiva. Più difficile è la diagnosi nel caso di tosse cronica e di catarro bronchiale cronico consecutivi a morbillo, a pertosse, ecc. In molti di questi casi, l'uso del lipjodol rivela l'esistenza di gradi minori di bronchiectasia; talora tali sintomi costituiscono l'inizio della vera bronchiectasia; che può anche non svilupparsi.

In altri casi, durante la convalescenza di una broncopolmonite grave, di un morbillo, si hanno per alcune settimane degli accessi violentissimi di tosse, con espettorazione abbondante, per cui si può temere l'inizio di una bronchiectasia; si tratta probabilmente di una dilatazione bronchiale temporanea che, dopo un certo tempo scompare.

Tipi clinici.

1) Se la bronchiectasia è accompagnata da fibrosi massiva, del polmone, è del tutto o essenzialmente unilaterale.

Sono i casi meno comuni e facilmente riconoscibili all'esame clinico.

L'uso del lipjodol fa vedere le diramazioni bronchiali ed il grado dello spostamento mediastinico. Prima dell'uso del lipjodol, questi casi erano i più frequenti, mentre ora predominano quelli bilaterali. Nel complesso, hanno un decorso benigno e sono compatibili con uno stato di buona nutrizione e di vigorosa salute. Per la contrazione fibrosa, si ha un collasso polmonare e manca quindi una notevole dilatazione.

2) Il tipo più comune è attualmente la bronchiectasia bilaterale, in cui la fibrosi è di grado minore e le dilatazioni bronchiali, con la fibrosi peribronchiale sono localizzate alla base polmonare, in vicinanza della colonna vertebrale, per cui è assai difficile la dimostrazione con i segni fisici, mentre il lipjodol la localizza nettamente. Le diramazioni dei bronchi di sinistra sono quasi sempre più prese che quelle di destra.

È in questo gruppo che si trovano i casi più gravi; la tosse è più forte, la quantità dello sputo maggiore, le condizioni generali poco soddisfacenti. Varia anche la forma della dilatazione, che può anche essere uniforme, senza formazione di sacche; in tali casi, sebbene la tosse sia forte, la quantità di sputo è scarsa e lo stato di nutrizione abbastanza buono. Si tratta di casi benigni che non differiscono essenzialmente da molti casi di bronchite cronica ed in cui soltanto il lipjodol precisa la diagnosi.

La *bronchiectasia non è frequente;* in 11 anni di pratica ospedaliera, l'A. ne ricorda 31 casi; su 1000 malati di medicina ammessi, la bronchiectasia è stata dimostrata col lipjodol in 8 casi.

Decorso e prognosi.

Caratteristico della bronchiectasia è il contrasto fra l'estensione delle lesioni bronchiali e lo stato di salute non cattivo, sicchè tale condizione è compatibile con un discreto stato di attività; il fatto era già stato messo in luce da Laennec, in una maestra di piano tossicolosa fin dall'infanzia e morta a 72 anni, in cui l'autopsia ha dimostrato l'esistenza di forte bronchiectasia a destra ed, in minor grado, a sinistra.

Nella serie dei 45 casi di Clark, Hadley e Chaplin, la sopravvivenza media dall'inizio della malattia è stata di 11 anni. Autori più recenti, come Findlay e Graham, ritengono invece che molti pazienti non sopravvivano, sicchè la prognosi generale, per il periodo della fanciullezza è grave. Nella serie dei casi dell'A., il periodo di sopravvivenza dall'inizio è di 1-2 anni; se invece il bambino sopravvive, ha probabilità di continuare molto a lungo.

Nei 31 casi dell'A., tenuti in osservazione da 5 anni e più, vi sono stati 10 morti, specialmente per polmonite ed empiema, in nessun caso, per ascesso cerebrale; 5 dei morti avevano 2 anni o meno e la condizione era nello stadio iniziale. Non risulta che questi bambini con bronchiectasia siano più suscettibili alla tubercolosi.

La guarigione della bronchiectasia una volta stabilitasi appare problematica, sebbene vi siano casi in cui si è avuto un miglioramento dei sintomi notevole ed, in apparenza, permanente. Hutinel ne ha descritti parecchi casi, pure aggiungendo che tali pazienti andavano soggetti ad attacchi ricorrenti di tosse e catarro. Si deve tener presente che, nello sviluppo della bronchiectasia, vi è uno stadio che può durare da poche settimane a pochi mesi ed in cui una cura adatta può, se non rimettere l'integrità delle pareti bronchiali, almeno prevenire un ulteriore progresso.

Alcuni autori ammettono che la condizione vada sempre peggiorando, sia pure in una lunga serie di anni. Secondo l'A., invece, essa tende a stabilizzarsi, come ha potuto dimostrare per un ragazzo tenuto in osservazione per 11 anni ed in cui l'affezione era incominciata all'età di un anno e mezzo.

Le dilatazioni bronchiali acute che si osservano durante la convalescenza di bronchiti o broncopolmoniti specialmente consecutive a morbillo o pertosse non vanno battezzate per bronchiectasia, denominazione che va riserbata alle lesioni permanenti delle pareti bronchiali.

Se non tutti, la maggior parte dei casi di bronchiectasia, ha inizio nell'infanzia, per lo più durante la convalescenza di malattie acute, quali si sono già accennate, in pochi casi, per aspirazione di corpi estranei (alimenti, pus o sangue); in qualche caso, l'inizio può essere insidioso, senza che possa farsi risalire a malattia di sorta. Nel processo patologico, la fibrosi ha parte del tutto trascurabile; si tratta generalmente di processi infiammatori distruttivi delle pareti bronchiali, che perdono l'epitelio ciliato, le tuniche muscolari ed anche la cartilagine; la secrezione viene espulsa con difficoltà e si accumula, distendendo la parte così indebolita, sicchè, tosto o tardi, si ha la comparsa dei fenomeni clinici.

Trattamento.

Nella bronchiectasia, noi dobbiamo lottare contro diverse condizioni morbose: il catarro bronchiale, la ritenzione delle secrezioni, la dilatazione bronchiale e la metamorfosi fibrosa dei bronchi e dei polmoni; quest'ultima condizione è incurabile, ma è piuttosto un aiuto per limitare la dilatazione bronchiale.

Il trattamento ha come scopo la riduzione delle cavità ed il regolare svuotamento delle secrezioni; tutto questo si potrà ottenere solo raramente mediante misure medico-igieniche o chirurgiche.

Il trattamento medico viene considerato co-

me inefficace e nella maggior parte dei casi produce soltanto un miglioramento nei sintomi. Fra le misure d'indole medica, la più efficace consiste nel drenaggio di posizione; si fa coricare il bambino con la faccia in basso sopra un piano molto inclinato, lasciandolo per un'ora una o due volte al giorno fino a che non vi sia una notevole riduzione della quantità di sputo. È anche vantaggioso lo spolverizzare una soluzione di glicerina nel naso ed in gola, il che aiuta l'espettorazione e previene la reinfezione dei bronchi. Qualche vantaggio si può ottenere con la belladonna e lo joduro di potassio. Le inalazioni ed i vaccini sono inutili. Hanno invece un reale valore la buona igiene, l'aria aperta, il riposo prolungato, la ginnastica generale e respiratoria; in molti casi del trattamento ospedaliero si ottengono in tal modo dei vantaggi, che però si dileguano quando il bambino ritorna nella propria casa. È probabile che si potrebbero avere risultati migliori se tale trattamento fosse iniziato precocemente e continuato a lungo.

I risultati finora ottenuti col broncoscopio o con i vari trattamenti chirurgici non sono incoraggianti. Quelli più arditi che asportano l'area affetta sono connessi con elevata mortalità; la collassoterapia è limitata ai casi unilaterali che hanno di per sè una prognosi buona. Le lavature col broncoscopio costituiscono un mezzo più sicuro e più radicale e danno talora buoni risultati, ma ne è assai difficile l'applicazione nei bambini. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. DÖDERLEIN. *Die Konservative Behandlung entzündlicher Genitalerkrankungen der Frau.* Vol. di pagg. 118. Editore G. Thieme, Lipsia. M.o. 6,50.

È un volumetto elementare in cui sono chiaramente, se pur in sintesi, esposti i concetti fondamentali sulle infiammazioni dei genitali femminili, e sono date le direttive generiche e speciali per la cura nelle varie localizzazioni e nelle sue forme più frequenti: la blenorragia e la tubercolosi.

Qualche figura e un buon indice analitico arricchiscono il testo, tutto ispirato a modernità. *p. g.*

MOULONGUET. *Appareil génital de la femme.* II parte. *Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène.* Ed. Masson, Parigi, pag. 380, fig. 243. Fr. 80.

Abbiamo già altra volta ricordato la chiarezza della esposizione e la concezione che ha guidato gli allievi di Lecène nel riferirne la ricca casistica.

Questo II volume dedicato alla ginecologia contiene: le lesioni distrofiche delle ovaie e dell'utero (ovarite sclero-microcistica, cisti luteiniche, anovaria, ecc.; dismenorrea, deviazioni, ecc.); i tumori benigni dell'utero, e i tumori maligni; i tumori delle trombe, dell'ovaio e del legamento largo e rotondo; gli endomebioni e il corioepitelioma.

Si può dire che per ogni varietà anatomica v'è una bella riproduzione, che rende più intelligibile il testo e piacevole.

Il libro è di facile lettura e utile sia per i richiami clinici che operatori e dovrebbe invitare qualche nostro maestro, di larghissima esperienza clinica, a dotare pure la nostra letteratura di tale tipo di libro. *p. g.*

G. CLÉMENT. *Il diritto alla nascita.* Roma. Editrice « Studium ». Quaderni Universitari, 1932. L. 6.

Il dott. Montini à tradotto questo libretto dalla VI edizione belga, e lo à corredato di una prefazione, dove dice molto bene del libro e della sua necessità. Mi sarebbe piaciuto vedere ricordata la discussione serena svoltasi nell'autunno scorso al Congresso nostro di Milano, con l'intervento di Padre Gemelli; mi sarebbe piaciuto vedere ricordato che per sostenere delle idee restrittive in tema di aborto, non dovevamo noi italiani attingere al Belgio se pure qui, come in Francia, la denatalità impressioni fino forse a non vedere sempre il problema medico nella sua interezza; e l'azione di Pestalozza e il libro di Bompiani « Eugenica e Stirpe » meritavano bene di esser ricordati... non diciamo dall'A., che per esser straniero à meno obblighi e... non vuole cambiare usanze, ma almeno dal Traduttore che parrebbe esser stato illuminato nella sua vita pratica solo dal Clément, mentre sarebbe uscito dalla scuola ancora disorientato... (Non da quella di Roma, allora!).

Con ciò non si vuol dire che sia stata una cattiva pensata quella di tradurre Clément; si vuol mettere in guardia contro le esagerazioni, di credere che fosse proprio necessario lui a guidarci per il retto sentiero della difesa del diritto a vivere. Ma chi più degli Ostetrici italiani à sostenuto tale diritto? E non da ora solo! Non entro nel merito della trattazione, che io non vedo come possa aver giustificato il successo avuto in Belgio di tante edizioni; ci sono capitoli confusi, altri trattati davvero poco « ostetricamente »; certe esemplificazioni cliniche non paiono nemmeno da medico... Comunque lo scopo finale è buono; si adegua alla volontà del Regime e all'Enciclica papale *De casti connubi* (perchè il Traduttore non à citato nemmeno questa?)... Ma, ripeto un vecchio ritornello, perchè non si medita prima sulla necessità di certe traduzioni?... *p. g.*

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

C. MANASSEI. *La Colonia permanente « Maresciallo Diaz » nel* 1931. Un. Arti Grafiche, 1932.

Viene riferito sulla organizzazione e sui risultati nella Colonia permanente « Diaz » per figli di tubercolosi.

Sono studiate dettagliatamente le condizioni ereditarie ed ambientali dei bambini curati e le loro condizioni fisiche risultanti oltre che all'esame clinico, all'esame antropometrico praticato con l'aggiunta di alcune misure particolarmente indicate per l'età infantile. Lo studio, ricchissimo di dati e di osservazioni e rilievi originali, è corredato di fotografie che dimostrano lo svolgersi della vita nella colonia e di grafici relativi all'incremento dei principali dati antropometrici nei vari periodi dell'anno. Complessivamente un lavoro interessante, specie per il contributo che porta alla conoscenza delle caratteristiche somatiche dei bambini eredotubercolosi. MONTEL.

M. KAATZ. *Deutsch - Englisches Medizinisches Wörterbuch*. In-16° di p. 238. Rilegato. Edit. Franz Deutike (Lipsia e Vienna), 1932. Prezzo: Mk. 7.

Questo dizionario può interessare i medici che conoscono bene l'inglese e imperfettamente il tedesco; è corredato di tavole di ragguaglio, elenchi di abbreviazioni, ecc. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 10 maggio 1932.

Presidente: C. VERCESI.

Sui rapporti tra malaria e tubercolosi.

A. CORBIA. — Dall'analisi di numerose statistiche sulla mortalità tubercolare e malarica, dallo studio clinico di numerosi soggetti affetti da malaria e da tubercolosi, l'O. conclude che la mortalità in queste malattie è influenzata dai fattori sociali oltre che dal terreno organico e che nessun quadro particolare tipico assumono queste due infezioni quando succedano o coesistano in uno stesso organismo. Mediante ricerche sperimentali l'O. non ha riscontrato elementi favorevoli alla teoria dell'intensa accentuazione della trama peribroncovascolare su terreno malarico, ed ha osservato che la malaria in atto è capace di determinare spesso uno stato di anergia o di ipoergia più o meno durevole.

Su un nuovo apparecchio per pneumotorace artificiale.

V. MORA. — L'apparecchio è basato sul principio del Morelli, cioè sulla possibilità di fare tutta l'insufflazione per aspirazione, ed è caratterizzato da alcuni dispositivi che sono una applicazione pratica di alcune leggi sul comportamento delle compressioni esercitate sugli aeriformi.

È costituito: 1) da un manometro a doppia branca munito inferiormente da una doppia bolla ripiena di liquido; 2) da un tubo di controllo che spia il passaggio dell'aria dal serbatoio alla pleura; 3) da un sistema di immissione composto da un serbatoio di gomma della capacità di 10 cc. di aria a pressione atmosferica, da una comune pera di gomma che serve per riempire il serbatoio; da un comune filtro e da una pinza che separa l'apparecchio dal serbatoio. L'apparecchio realizza i seguenti requisiti pratici:

1) evita l'inconveniente di poter mandare aria nel parenchima polmonare;

2) per mezzo del tubo di controllo spia il passaggio in pleura della più piccola quantità d'aria, fornendo così la certezza, in caso di pnx indaginoso, di aver raggiunto il cavo pleurico con la punta dell'ago;

3) con la maggiore sensibilità del manometro e con la maggiore facilità di apprezzamento della resistenza della pleura, trasmessa al serbatoio, facilita in ogni caso l'esecuzione dell'intervento;

4) dà la possibilità di calcolare la quantità dell'aria introdotta, in modo esatto o approssimato con errore trascurabile (20-30 cc.).

Seduta del 19 maggio 1932.

Presidente: C. VERCESI.

Papillomi multipli (verruca dura e condilomi acuminati) in punti diversi e vicini di una stessa pinna nasale.

E. SALARIS. — Caso interessante di papillomi nasali, sia per la sede rara (faccia interna della pinna nasale), sia per la presenza di masse diverse (verruca dura, e condilomi acuminati) distinte fra loro; sia per la scomparsa completa del tumore dopo parziale asportazione.

Il caso rientra fra quelli che clinicamente dimostrano la contagiosità dei papillomi: l'abitudine, nettamente accertata, del grattamento nasale, avrebbe servito ad innestare dalla prima massa neoplastica comparsa, le altre due zone successivamente sede di neoformazioni.

Altro caso, in un membro della stessa famiglia, di verruca dura della pinna nasale e della palpebra inferiore. Anche questo viene in appoggio della teoria della contagiosità dei papillomi.

C. BRUNO. — *Come crescono in lunghezza le fibre del cuore.*

L. SCREMIN. — *Osservazioni sull'azione dell'eroina nel gatto.*

M. PASCA. — *Contributo anatomo-clinico allo studio dei dermoidi corneocongiuntivali e dei lipomi puri sottocongiuntivali, con particolari considerazioni sulla patogenesi di queste ultime formazioni.*

F. VIRDIS. — *La sansa d'olive nell'alimentazione degli animali domestici.*

La cornea nel tracoma dell'infanzia.

V. SABA. — L'O. ha studiato alla lampada a fessura ed al microscopio corneale lo stato della cornea dei ragazzi tracomatosi che frequentano le scuole speciali di Sassari ed ha posto particolare attenzione ai soggetti che con i mezzi comuni di indagine non presentavano alcuna lesione macroscopicamente apprezzabile.

Su oltre 700 ragazzi ha scelto 60 tracomatosi nei quali il tracoma sembrava che non avesse delle complicanze corneali ed in quasi tutti i casi (95 %) ha riscontrato all'esame biomicroscopico una neoformazione vascolare che si avanzava per una

estensione, variabile secondo i casi, nel quadrante superiore della cornea e spesso anche — ma in minor grado — nel quadrante inferiore.

Tale vascolarizzazione era costituita o da vasi che si anastomizzavano ad arcate multiple fra di loro o da capillari indipendenti che terminavano con numerose ramificazioni variamente ramificate.

Dopo aver descritto altri fini caratteri di questa neovascolarizzazione corneale, l'O. illustra il particolare aspetto della cornea sia nella zona vascolarizzata come in quella immediatamente sottostante ed insiste sopratutto, oltre che sulla quasi costante frequenza del reperto, sulla grande importanza che ha questa vascolarizzazione per accertare la diagnosi di tracoma nei casi iniziali o dubbi, poichè le ricerche di controllo eseguite nei soggetti normali, come in quelli affetti da varie forme di congiuntivite, sono state negative.

Il Segretario: A. MANAI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 3 agosto 1932.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Prof. R. DARDANI. — *Le direttive dell'allattamento artificiale.*

Sulle occlusioni intestinali da elminti.

Dott. BARONI. — L'O. ha osservato 3 casi di occlusione intestinale da elminti di vario aspetto clinico.

In un bambino che da 48 ore presentava una sindrome da far pensare a un attacco di appendicite acuta, l'intervento dimostrò le ultime anse del tenue stipate di ascaridi (che in alcuni punti avevano necrosato e perforato la parete intestinale) e torte intorno alla valvola ileocecale. La resezione non riuscì a salvare il paziente, le cui condizioni anche prima dell'intervento erano molto gravi.

Un bambino di 9 anni fu colto improvvisamente da dolori periombelicali con vomito e alvo chiuso; questa crisi dileguò dopo 24 ore, ma si ripetè altre due volte a distanza di pochi giorni. L'intervento dimostrò, come nel caso precedente, le ultime anse dell'ileo distese da elminti e torte intorno alla valvola ileocecale. L'enterotomia permise il vuotamento dell'ansa (la massa degli elminti evacuati pesava più di un chilo). Seguì guarigione.

In un terzo caso, concernente un bambino di 11 anni, il quadro della occlusione da elminti fu più lieve, e l'intervento avendo dimostrato che la massa degli ascaridi non era così imponente da richiedere la enterotomia, il chirurgo si limitò ad asportare l'appendice e a somministrare con successo antielmintici dopo l'operazione.

Sulla nevrosi iperstenica della cistifellea.

Prof. PIERI. — L'O. mette in guardia i chirurgi rispetto alle nevrosi della cistifellea, spesso diagnosticate come colecistiti e curate colla colecistectomia.

Distingue le nevrosi in sensitive (dolorose) e motorie, e queste in asteniche (atonia) e ipersteniche (ipertonia e ipercinesi).

La nevrosi iperstenica è quella meno frequentemente osservata. Essa fu descritto lo scorso anno da Bufano, in un caso caratterizzato da coliche biliari « sine calculo ».

L'O. illustra due casi del genere. Il primo concerne un giovane di 26 anni, già operato di gastroenterostomia per ulcera duodenale e nel quale contemporaneamente ai sintomi di recidiva ulcerosa sulla anastomosi si stabilì un dolore subcontinuo con esacerbazioni all'ipocondrio destro, e dolorabilità alla pressione sul punto cistico. Il secondo caso riguarda un uomo di 20 anni, vagotonico, da vari anni sofferente di disturbi dispeptici cui da alcuni mesi si era aggiunta dolorabilità subcontinua con esacerbazioni all'ipocondrio destro e irradiazioni scapolari, e punto cistico doloroso.

In ambedue l'esame radioscopico (colecistografia) dimostrava una cistifellea ipertonica, nettamente dolente, e che si vuotava con eccezionale rapidità; nel sondaggio duodenale alla Meltzer Lyon, alla iniezione di solfato di magnesia seguì la emissione della bile B, a getti pieni e rapidi, e con vuotamento completo in 10 minuti (contro la norma di 15-20 minuti).

L'esame batteriologico della bile la dimostrò asettica.

La colecistografia e il sondaggio duodenale si impongono dunque in tutti i casi di apparente colecistite, sotto pena di asportare cistifellee sane e di non ottenere coll'operazione la cessazione dei disturbi.

Considerazioni su un caso di pneumoperitoneo.

Dott. SCHEPIS. — L'O. riferisce su un caso di pneumoperitoneo instituitosi in seguito alla perforazione silenziosa di un'ulcera pilorica.

Dopo aver rilevato l'originalità del caso sia per l'assoluta assenza di ogni sintomo rivelante la perforazione, sia per la mancanza di qualunque reazione peritoneale, inquadra tale fenomenologia nella sindrome di perforazioni fruste di ulcere gastroduodenali. Descrive i fattori anatomopatologici che impediscono in queste forme morbose l'insorgenza di una infezione peritoneale generalizzata, e mette infine in rilievo l'importanza dell'esame radiologico, il quale, con la constatazione del gas libero nella grande cavità, può indirizzare ad un esatto giudizio diagnostico.

Dott. M. MANTOVANI. — *Un caso di gravidanza angolare.*

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Poliomielite abortiva.

Si attribuisce a Wickmann la prima descrizione completa della poliomielite abortiva (essa fu fatta nel 1913). Egli vi incluse 4 tipi: 1) casi che avevano il decorso di un'infezione generale; 2) casi con spiccati segni di reazione meningea (pseudomeningismo); 3) casi con dolorabilità (pseudoinfluenzali); 4) casi con disturbi gastrointestinali.

Draper ha detto che dal 50-80 % dei casi di poliomielite si limitano a disturbi gastro-intestinali, o a malessere o a tonsillite. Kramer e Aycock molto recentemente hanno scosso un po' questi concetti sulla poliomielite abortiva, perchè essi videro in un gruppo di bambini, che in periodo di epidemia di poliomielite aveva avuto una malattia che poteva essere considerata una forma percentuale di casi con corpi protettivi specifici che in un gruppo di controllo.

J. R. Paul, R. Salinger e J. D. Trask (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 giugno 1932), hanno voluto vedere che cos'è veramente la poliomielite abortiva e che importanza essa ha.

Essi studiarono il comportamento dei vari componenti di numerose famiglie e videro che raramente la poliomielite si manifesta più di una volta in una famiglia. Però, contemporaneamente a casi di poliomielite, furono osservate malattie familiari febbrili con mal di gola, cefalea, vomito della durata di 24-36 ore, oppure febbre e diarrea, o febbre e alterazione delle vie respiratorie alte o anche manifestazioni pertussoidi. Queste malattie minori corrispondono per sintomatologia a quello che si può osservare nel periodo preparalitico della poliomielite.

Furono studiate anche alcune comunità in cui si erano verificati almeno due casi di poliomielite. Anche qui videro che esistono numerosi casi di malattia acuta a sintomatologia varia che si hanno contemporaneamente ad alcuni casi di poliomielite.

In alcuni casi di questa malattia acuta comparsa in periodo di epidemia di poliomielite fu inoculato nella scimmia il virus preso dalla secrezione nasofaringea, quindi certamente alcuni di questi casi hanno rapporti causali colla poliomielite conclamata. R. LUSENA.

Emorragie spontanee subaracnoidee.

Prima della introduzione nella pratica medica quotidiana della rachidocentesi, succedeva talora che arrivassero al tavolo anatomico individui che presentavano emorragie meningee la cui causa sfuggiva, e che scarsi o nessun sintomo avevano dato in vita.

Con la puntura lombare si è arrivati oggi a spiegare dei quadri fin'ora oscuri e a dar veste clinica ad una forma morbosa particolare, che nelle emorragie spontanee delle meningi trova la sua causa provocatrice.

Arthur J. Hall (*Lancet*, 28 maggio 1932) sulla scorta di una ricca casistica personale ne illustra diffusamente la sintomatologia e ne dà le indicazioni terapeutiche.

È una forma morbosa che si presenta di solito nell'età adulta, che non raramente ha uno spiccato carattere familiare, autorizzando l'ipotesi che si impianti su uno stato di particolare, ereditaria labilità vasale predisponente alla formazione di aneurismi miliarici delle arteriole meningee.

L'insorgenza è brusca: si può cadere in uno stato di incoscienza che dura fino all'esito letale, oppure si avverte solo un'improvvisa violenta cefalea, per lo più nucale, accompagnata o no da vomito, da agitazione, da dolori diffusi a tutto il corpo, da paralisi oculari, da esagerazione dei riflessi, con talvolta presenza del segno di Babinsky. Altre volte ancora si hanno attacchi di epilessia Jacksoniana.

Il fondo dell'occhio può presentare delle emorragie; la rachidocentesi darà esito a liquido a pressione aumentata, di aspetto nettamente emorragico i primissimi giorni, più o meno xantocromico in seguito.

Se l'emorragia cessa, i sintomi morbosi progressivamente regrediranno, finchè il paziente torna in completo benessere; se invece lo stillicidio sanguigno continua il malato rapidamente si avvia al coma e all'esito fatale.

Frequenti poi sono i casi in cui l'episodio morboso non rimane isolato, ma in forma più o meno imponente, si ripete.

La terapia è quasi esclusivamente di attesa: se vi sono sintomi di ipertensione intracranica, si pratichi la puntura lombare, se no si ordini al malato per parecchi giorni il più assoluto riposo. M. PONS.

TERAPIA.

Nella tosse faringea.

La zona tossigena del faringe naso-boccale comprende la regione laterale faringea, che va dalle coane all'inserzione inferiore dei pilastri posteriori del velo del palato. Spesso, il centro ne è costituito da una granulazione laterale allungata e congestionata.

Contro questo incomodo, Labarraque (*Science méd. Franç.*, 1° nov. 1931) consiglia delle spennellature o la cauterizzazione mediante il galvano-cauterio.

Le prime sono particolarmente consigliabili in bambini che hanno spesso dei rialzi febbrili senza causa apparente, mentre derivano in realtà ad un'infezione rino-faringea.

Nei poppanti, si introduce sul pavimento delle fosse nasali, un porta-cotone imbevuto con una soluzione di nitrato di argento in acqua distillata (1/100); per gli adulti, si porta il titolo della soluzione a 1/50. Nei bambini, si fanno due spennellature la settimana, facendole seguire, un quarto d'ora dopo, da instillazione di olio gomenolato.

Nell'adulto, la cauterizzazione si fa precedere da spennallatura con cloridrato di cocaina a 1/20.

Se la tosse resiste, instillazioni nasali abbondanti di siero fisiologico mediante un contagocce introdotto nelle fosse nasali, ripetendole mattina e sera, seguìte da qualche goccia di soluzione di argento colloidale. Dopo quattro giorni, spennallatura retronasale per via orale, con cotone imbevuto di tintura di jodio in glicerina (1/40), o con la soluzione di nitrato d'argento per via transnasale. *fil.*

Gli espettoranti ed il loro mecccanismo di azione.

L'industria farmaceutica lancia sul mercato una quantità notevole di espettoranti, di cui non è sempre agevole apprezzare il valore. In molti di tali preparati vi sono degli estratti di droghe di cui l'uso è noto da tempo nella medicina popolare. Moltissime piante, di fatto, godono la fama di buoni espettoranti: la borragine, la malva, la centaurea, ecc.; alcune di esse, come il timo, le foglie del castagno e la primula officinalis entrano nella composizione di varie specialità.

Poichè l'azione della maggior parte degli espettoranti si spiega con la fluidificazione del secreto, si deve ammettere che sotto l'influenza degli espettoranti si ha un aumento dell'acqua nei polmoni, lasciando indecisa la questione se tale aumento abbia luogo nei bronchi o nei polmoni. Esso sarebbe dovuto alla saponina, di cui la maggior parte degli espettoranti ne contiene una certa quantità.

Da esperienze di H. Wollmer (*Klinische Wochenschrift*, 2 aprile 1932) risulta di fatto che alcune droghe contenenti saponina come pure le specialità in cui essa si trova ed in minor grado anche il solfoguaiacolato di potassio agiscono aumentando il contenuto in acqua dei polmoni.

Tali ricerche contribuiscono a spiegare il meccanismo di azione degli espettoranti, ma non possono servire per una valutazione di essi. Ciò si rileva anche dal fatto che vi sono degli espettoranti di provata azione terapeutica, come gli joduri ed i sali di ammonio, che non provocano affatto tale aumento di acqua.

Dalle ricerche dell'A. risulta poi che il timolo e gli estratti di timo (*Thymus serpyllum*) hanno non soltanto un'azione secretoria, ma anche secreto-litica. Ciò spiega il favore che tale pianta ha goduto fin dal tempo degli antichi greci. *fil.*

SEMEIOTICA.

L'immagine radiologica polmonare a cerchi multipli interferenti.

A. Vallebona (*Radiologia Medica*, marzo 1932) illustra 4 casi che presentavano all'esame radiologico polmonare ombre anulari avvicinate e sovrapposte formate da una linea sottilissima; nel loro insieme queste ombre venivano a formare una immagine reticolata a maglie più o meno larghe.

Prospettando il substrato anatomico di questo quadro di polmone policistico, ritiene che si debba pensare o all'enfisema vescicolare bolloso, o a bronchiettasie e particolarmente a quelle congenite.

Nonostante la grande diversità anatomopatologica delle due forme, l'A. asserisce che la broncografia non può risolvere il problema. Egli pertanto conclude che il quadro radiologico « a cerchi multipli » può essere l'esponente tanto di bronchiettasie specialmente congenite, quanto di enfisema vescicolare bolloso.

E. LIVERANI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla pretesa possibilità di trasmettere l'anafilassi col siero di cavie in stato antianafilattico.

Una cavia che abbia superato uno choc anafilattico, acquista immediatamente uno stato di refrattarietà assoluta sì che alle iniezioni scatenanti ulteriori, praticate a breve distanza di tempo, non presenta più alcuna reazione.

Tale refrattarietà, designata da Besredka come « antianafilassi », va poi gradatamente scomparendo, e fra gli animali di laboratorio si presenta in maniera tipica solo nella cavia: sia il coniglio che il cane per es., reagiscono ancora alle iniezioni scatenanti successive se pure alle volte con minore intensità.

Secondo Besredka, la comparsa dello stato antianafilattico segnerebbe il ritorno allo stato normale, ma tale concezione è contradetta dalle osservazioni di Gay e Southard e da quelle ulteriori di Arthus il quale ha osservato che il sangue defibrinato o il siero di sangue di cavie in stato di antianafilassi iniettato a cavie nuove, le rende, dopo 24 h., sensibili all'azione tossica del siero di cavallo: la cavia cioè in antianafilassi può trasmettere l'anafilassi passiva.

Avendo osservato, nel corso di altre indagini, che cavie in antianafilassi non trasmettevano l'anafilassi passiva, R. Severi (*Pathologica*, 15 luglio 1932) pratica un certo numero di ricerche in questo senso, e trova che il siero di cavie, salassate nelle prime 24 ore dal superamento della choc, e iniettato endovena a cavie nuove, non trasmette a queste l'ipersensibilità verso l'antigene preparante, talchè reiniettate 20-24 ore dopo esse non pre-

sentavano alcun sintomo o solo lievi manifestazioni attribuibili, come ricerche di controllo hanno dimostrato, all'azione tossica primaria del siero di bue.

Questi esperimenti perciò, parlano nettamente a sfavore che la cavia in antianafilassi trasmetta l'anafilassi passiva.

E. ANTONIAZZI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Le nuove norme per il commercio delle farine e del pane.

È stato di recente emanato il *Regolamento, approvato con R. Decreto* 23 *giugno* 1932 n. 904, *per l'applicazione della legge* 17 *marzo* 1932, n. 368 *che disciplina i tipi di farina e di pane* (Gazzetta Ufficiale n. 182 dell'8-VIII-1932. Legge: Gazz. Uff. n. 97 del 27-IV-1932).

È opportuno illustrare le nuove norme per la produzione e la vendita delle farine e del pane, contenute in questi provvedimenti legislativi, perchè gli ufficiali sanitari, insieme con le altre autorità designate dalla Legge, sono chiamati alla vigilanza sulla loro applicazione.

Farina. La legge definisce come *farina o farina di frumento* il prodotto della macinazione del frumento liberato da ogni sostanza estranea e da ogni impurità. La farina è *a resa integrale* oppure *abburattata;* solo quest'ultima può esser messa in commercio per la panificazione, mentre la produzione della prima è consentita soltanto per i consumatori diretti (coltivatori). Per le farine panificabili sono stabiliti 4 tipi indicati come Tipo 00, Tipo 0, Tipo 1, Tipo 2, dei quali sono fissati il grado di umidità massima (14 % per tutti i tipi) ed i valori percentuali massimi delle ceneri e della cellulosa, e quello minimo del glutine, differenti a seconda del tipo di farina. Su proposta del prefetto presidente del Consiglio provinciale dell'economia corporativa, il Ministero delle Corporazioni può autorizzare la vendita delle farine a resa integrale e delle farinette di grano duro e del pane relativo, quando ciò corrisponda ad antica consuetudine locale. Questi prodotti devono essere dichiarati come tali e venduti a prezzo inferiore a quello più basso dei quattro tipi prescritti dalla legge.

Le farine, all'uscita dei mulini e sino al momento dell'impiego, devono esser contenute in sacchi piombati e sigillati recanti un cartellino con l'indicazione del tipo e della ditta molitoria. Solo le farine destinate all'esportazione, e portanti sui sacchi tale indicazione, possono avere caratteristiche diverse da quelle prescritte, le quali si applicano anche alle farine usate nel Regno, provenienti dall'estero.

È vietato qualsiasi trattamento delle farine con agenti fisici o chimici, come pure l'aggiunta di qualsiasi sostanza organica od inorganica, che possa modificare il colore naturale di esse o comunque alterarne o variarne la composizione naturale.

Pane. Per *pane* deve intendersi il prodotto che si ottiene dalla cottura di una pasta lievitata, preparata con farina di frumento, acqua e lievito, con o senza aggiunta di sale comune. Il contenuto in ceneri (detratto il cloruro di sodio) ed in cellulosa del pane, deve corrispondere a quello fissato per i tipi di farina corrispondenti. Per l'umidità invece sono stabiliti limiti oscillanti dal 26 al 40 per cento, a seconda del peso delle varie forme di pane.

Anche nella confezione del pane è vietata l'aggiunta di sostanze estranee che comunque ne possano modificare la composizione. È però permessa l'aggiunta, oltre che del lievito e del sale, di farine provenienti da cereali maltati o di estratti di malto, che abbiano un potere diastasico non inferiore ad un dato limite, fissato dal regolamento. Tali prodotti, come i lieviti selezionati, devono esser messi in commercio coll'indicazione della ditta produttrice.

Il pane di farina tipo 00 oppure tipo 0 è denominato *pane di lusso*, il pane di farina tipo 1 è indicato come *pane di prima qualità*, quello di farina tipo 2 come *pane comune.* Il pane di lusso, e quello di prima qualità se in forme inferiori a gr. 60, possono esser venduti anche a pezzi, gli altri tipi di pane solamente a peso. I venditori sono obbligati a tenere a disposizione del pubblico il pane comune e di prima qualità; in mancanza di pane comune essi debbono vendere allo stesso prezzo quello di prima qualità, o, in mancanza, quello di lusso, e analogamente per quest'ultimo quando siano sprovvisti di quello di prima qualità.

È permessa, purchè sia dichiarato e tenuto a parte, la vendita del pane confezionato con sostanze grasse (burro, olio d'oliva, strutto), con latte, mosto d'uva, uva passita, fichi, anice, sesamo e zucchero, e quella di pane per speciali regimi dietetici.

Il pane fatto con farina miscelata, in qualsiasi proporzione, con farine di segala, granturco, ecc. deve esser venduto come pane di segale, di granturco, ecc.

I requisiti dei vari tipi di farina e di pane possono esser variati per decreto del Ministero delle corporazioni, di concerto con il Ministero per l'Agricoltura e le Foreste, sentito un apposito Comitato che la legge istituisce.

Vigilanza. La vigilanza sull'applicazione delle norme della legge e del regolamento è affidata ai medici provinciali ed agli ufficiali sanitari, i quali possono all'uopo valersi dei vigili comunali, degli ufficiali e agenti della R. Guardia di Finanza, della Milizia Volontaria per la sicurezza nazionale e degli ufficiali e

agenti di polizia giudiziaria. I podestà, i medici provinciali e gli ufficiali sanitari, quando vengano a conoscere o sospettino inadempienze alle norme suddette, debbono ordinare, promuovere od eseguire le indagini del caso ed il prelevamento dei campioni. Dalle farine si prelevano con le consuete modalità (suggelli, firme, verbale, ecc.) tre campioni di gr 300 ciascuno, opportunamente raccolti in diversi punti della partita da esaminare. Per il pane si prelevano tre campioni di pani interi, fra quelli posti in vendita al pubblico, in quantità non inferiore a gr. 200 per ciascun campione; essi debbono esser involti in carta impermeabile. Due campioni si spediscono al Laboratorio provinciale o comunale di vigilanza igienica, o a quelli delle R. stazioni chimico-agrarie sperimentali. Il terzo campione resta al venditore.

Ulteriori norme riguardano i provvedimenti da prendersi a seguito dei risultati delle analisi dei campioni, la procedura della denunzia all'Autorità giudiziaria, le spese relative alla vigilanza e simili; ma non ci tratteniamo su di esse, perchè non rientrano direttamente nella competenza dell'ufficiale sanitario.

Altre disposizioni infine sanciscono le penalità, consistenti in ammende pecuniarie e nei casi più gravi anche nella chiusura dell'esercizio, per coloro che contravvengono alla legge od al regolamento.

La sommaria illustrazione di questi provvedimenti basta per dimostrare che essi rappresentano un notevole progresso nella legislazione diretta alla tutela ed alla repressione delle frodi nel commercio dell'alimento fondamentale del popolo italiano, il pane, e che costituiscono, perciò, un nuovo titolo di merito del Governo Fascista, garantendo la salubrità e la genuinità di quel pane che il Duce ha chiamato il « più santo premio alla fatica umana ».

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. B. da F. d'I.:

Non vi è alcuna pubblicazione speciale sull'argomento « Armadio farmaceutico ». Le disposizioni relative si trovano in:

1) T. U. delle Leggi Sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, art. 27-28;

2) Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, articoli 46 a 56 e art. 65;

3) Legge sulle farmacie 22 maggio 1913, n. 468, art. 33;

4) Regolamento per la suddetta legge 13 luglio 1914, n. 829, art. 67;

5) Circolare del Ministero dell'interno 5 luglio 1928, n. 20400-3 al paragrafo « Armadi Farmaceutici ».

A. FR.

Al dott. S. L. da C.:

Non sono previsti trasferimenti dai ruoli della R. Marina a quelli del R. Esercito e non è neanche possibile, secondo le vigenti disposizioni, alcun passaggio nel corpo sanitario della R. Marina. Si potrebbe solo addivenire ad un passaggio nella Categoria Infermieri qualora fosse richiamata la classe 1901.

Se però il Ministero della R. Marina credesse di indire un concorso per titoli per la nomina ad ufficiale medico di complemento allora solo, l'interessato potrebbe presentarsi, come medico, esibendo i documenti di rito.

V. D. B.

Al dott. R. M. da A.:

L'efedrina è prodotto della Casa Merck, e può essere fornito da qualsiasi buon farmacista.

fil.

VARIA.

Ambergris.

Secondo B. Read (*The Chinese Med. Journ.*, maggio 1932) l'ambergris è una sostanza che si trova galleggiante sui mari dell'emisfero meridionale e che si ritiene prodotto dell'intestino della balena. Si adopera in profumeria più per fissare delicati odori di fiori che per un odore suo proprio. Nella medicina occidentale era considerato un tempo antispastico e utile nel tifo e in malattie nervose. E' composto di una sostanza grassa speciale analoga alla colesterina.

In un testo arabo del 9° secolo non si faceva distinzione fra ambra e ambergris e si riteneva quest'ultima sostanza di natura vegetale e tossica per le balene.

Nel secolo scorso fu osservata l'origine di questa sostanza dall'intestino della balena e l'ambergris fu ritenuta afrodisiaca.

Vecchi testi cinesi ne parlano come rimedio utile nella nevrastenia sessuale, nell'impotenza, nella gonorrea

R. LUSENA

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

70° *Dottor A. P.* — Se, come sembra dalla Sua lettera, è stata ridotta l'indennità di caroviveri, il provvedimento è legittimo. La nostra nota, riferendosi alla giurisprudenza del Consiglio di Stato, precisava l'oggetto della riduzione stabilita dai decreti del 1927, nel senso che sono colpite le indennità di caroviveri e non lo stipendio.

71° *Dottor A. C.* — È da ritenere che l'uno e l'altro rapporto siano da considerare impiego privato e, quindi, Le sia dovuto il preavviso di due mesi nel caso di licenziamento e una indennità corrispondente a metà dell'importo di tante mensilità di stipendio quanti sono gli anni di servizio prestati.

72° *Dottor L. T.* — La riduzione disposta dai decreti del 1927 n. 1159 e 2672 colpiva esclusivamente le indennità di caroviveri. Molti Comuni la applicarono erroneamente allo stipendio. Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale ha dichiarato che soltanto le indennità di caroviveri sono state ridotte e lo stipendio non è modificato. Successivamente, il Ministero dell'Interno, pur dubitando della esattezza giuridica della decisione del Consiglio di Stato, ha invitato i Comuni ad uniformarvisi, per considerazioni di equità. Se la riduzione fu indebitamente estesa allo stipendio, devono essere restituite le somme trattenute. La reintegrazione dello stipendio non può essere limitata all'avvenire. Non si tratta di una concessione discrezionale che abbia effetto dalla data di essa; ma si corregge la inesatta applicazione dei decreti del 1927. Si può magari comprendere una risoluzione contraria a quella del Consiglio di Stato; ma se i citati decreti non disposero una modificazione dello stipendio, questo deve essere reintegrato e il Comune deve pagare le somme trattenute dal 1927 in poi. Nel caso di contestazione, è competente a giudicarne la G. P. A. Lei faccia domanda al Podestà e chieda il pagamento della somma dovutale. Se la risposta sarà negativa, può ricorrere alla Giunta Prov. Amm.va in sede giurisdizionale, nel termine di giorni trenta.

73° *Dottor V. C.* — Il biennio di prova incomincia a decorrere dalla data dell'assunzione effettiva dell'ufficio. È valutabile il servizio interinale se sia stato prestato in base a regolare deliberazione e sia seguito senza interruzione dalla nomina definitiva in base a concorso.

74° *Dottor A. L.* — Il servizio prestato dall'ufficiale medico, in quanto si concreta in attività professionale, è valutabile come pratica generica. Certamente però non è equiparabile al servizio prestato in una clinica o in un ospedale. In ogni modo, l'importanza di questo titolo dipende dai criteri stabiliti dalla Commissione e dalla valutazione che essa ne fa in concreto.

75° *Dottor B. M.* — La tassa per l'Opera universitaria fu stabilita dal D. L. 18 ottobre 1928, n. 2478, per tutti coloro che hanno conseguito una laurea o un diploma in Università o Istituto presso i quali è stata istituita l'opera universitaria, di cui all'art. 56 del R. D. L. 30 settembre 1923, n. 2102 e che sono iscritti negli albi degli esercenti una professione. La tassa così stabilita era dovuta per anno solare in base ai ruoli previsti dall'art. 8.

Cessando la iscrizione nell'albo, è da ritenere che venisse meno anche l'obbligo del pagamento delle rate ulteriori.

Successivamente, il decreto-legge 29 agosto 1931, n. 1227, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » dell'8 ottobre n. 233, ha aumentato la tassa e ha stabilito che i contribuenti iscritti nei ruoli, i quali siano altresì iscritti negli albi dei professionisti esercenti, devono pagare entro sei mesi la differenza dell'importo della tassa stabilita dal decreto stesso e l'importo complessivo delle somme da essi versate annualmente in applicazione dell'art. 58 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2102.

76° *Dottor L. T.* — La legge e il regolamento generale non stabiliscono limiti di età: è prevista soltanto la esenzione da questo limite per coloro che prestino o abbiano prestato servizio in altra condotta.

Il limite può essere prescritto dal regolamento locale o dal capitolato, approvato dalla G. P. A. Questa è la fonte della disposizione: se nè l'uno o nè l'altro atto richiedono la condizione dell'età massima, non c'è limite. Se la stabiliscono, è indifferente che l'avviso del concorso non vi accenni.

77° *Dottor R. B.* — Il concorso per la nomina degli ufficiali sanitari è regolato dal decreto ministeriale 6 febbraio 1926, in esecuzione dell'art. 3 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2266. Quel decreto non è stato inserito nella *Gazzetta Ufficiale;* fu invece pubblicato nel Bollettino Ufficiale del Ministero degli Interni, anno 1926, n. 6.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite**.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'attività della Croce Rossa Italiana.

Abbiamo già dato notizia di una relazione che il sen. F. Cremonesi ha presentato al Capo del Governo sull'attività svolta dalla grande Associazione nel primo quadriennio di reggenza del Cremonesi.

In una breve prefazione questi dimostra come il merito maggiore del potenziamento dell'Associazione deve ricercarsi nella fascistizzazione.

Passa poi a considerare dettagliatamente le varie branche di attività dell'Associazione, soffermandosi anzitutto sulla parte riguardante il patrimonio, base indispensabile per qualsiasi evoluzione e progresso; patrimonio che ridotto, appena quattro anni fa, in condizioni disagevoli e soggetto a continue falcidie per necessità di bilanci, viene ad essere oggi, nonostante gli enormi lavori eseguiti, i debiti sanati e le cessate contribuzioni da parte dello Stato, in condizioni tali da garantire una vita di intensa attività dell'Associazione.

Nel campo della *lotta antitubercolare* è evidente il cospicuo contributo recato dalla Croce Rossa Italiana, mediante i suoi Istituti sanatoriali, ai quali tutti sono state apportate migliorie ed ampliamenti, tali da potersi considerare quasi come creazioni: oltre a quelli esistenti è in costruzione, a Nuoro, un grande Ospedale sanatoriale, che sta a rappresentare nella tecnica edilizia sanatoriale quanto di più moderno sino ad oggi si è realizzato.

Grande impulso si è dato ai Preventori, che costituiscono uno dei capisaldi dell'azione antitubercolare dell'Associazione. Anche in questi Istituti l'opera di rinnovamento è stata intensa ed alacre, e ad essi si è aggiunto recentemente il grande Preventorio « Umberto di Savoia » a Pozzuoli.

Molto la Croce Rossa ha fatto e molto più ancora si prepara a fare nel campo dei *servizi antimalarici*, pei quali ha stipulato importanti convenzioni con gli Enti più specialmente incaricati della bonifica del terreno, affinchè la bonifica umana salvaguardi il maggior numero di vite umane al patrimonio demografico della Nazione.

I *servizi di pronto soccorso* hanno avuto un grande sviluppo, specie per effetto di due importanti provvedimenti adottati dal Governo nazionale, quale l'assorbimento da parte della Croce Rossa Italiana di tutte le Associazioni di pubblica assistenza, determinando così una unicità di organizzazione in questo campo precedentemente frammentario e disorganizzato del pronto soccorso, e l'importante incarico dato alla Croce Rossa Italiana stessa della difesa sanitaria antigas alle popolazioni civili.

La Croce Rossa Italiana, riorganizzando questi importanti servizi, riordinando il materiale, creando nuovi tipi di autoambulanze e di autoparchi, ha dimostrato di porsi all'altezza della situazione, rispondendo pienamente alla fiducia a lei riservata dal Governo.

Così pure nel *campo infermieristico* l'Associazione procede alla preparazione delle sue infermiere nel duplice campo delle professioniste e delle volontarie, ottenendo il riconoscimento delle sue scuole e dei diplomi che rilascia.

Anche amministrativamente l'Associazione ha avuto un nuovo assetto, sia per quanto riguarda la formazione del Comitato Centrale e delle organizzazioni periferiche, che hanno subito un considerevole sviluppo, sia per quanto concerne la sistemazione del personale civile e militare.

Evidentemente l'Associazione attraversa un periodo di grande evoluzione; tutto il popolo italiano, specialmente attraverso le simpatiche manifestazioni della « Giornata della Croce Rossa », che da quattro anni si ripete con crescente successo, ha imparato ad apprezzare questa benefica Associazione ed a favorirla di consensi e di adesioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALSENO (*Piacenza*). — Scad. 10 ott.; 1ª condotta (capoluogo) e 2ª condotta (Castelnuovo Fogliani); rivolgersi Segreteria del Comune.

ARCEVIA (*Ancona*). — Proroga a tutto il 10 ott.

BOLLATE (*Milano*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 10.500. Indennità: L. 3500 per mezzo di trasporto con cavallo od automobile; L. 1750 per le funzioni di Ufficiale Sanitario, se tale incarico verrà, da S. E. il Prefetto, conferito al vincitore del concorso. Gli assegni e le indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % e sono al lordo di qualsiasi tassa, imposta o trattenute prescritte per legge. Lo stipendio è aumentato di un decimo dopo ogni quadriennio e per cinque quadrienni a decorrere dal 1° del mese successivo all'acquisto della stabilità. Scadenza 31 ottobre 1932.

BORGOSESIA. — (Vedi VERCELLI).

BRESCIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 20 ott.; medico aiuto; L. 12.000 aumentabili, oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 25. Rivolgersi all'Amministrazione.

CARATE BRIANZA (*Milano*). — Per titoli, posto della seconda condotta. Stipendio annuo iniziale lire 9000 al lordo ritenute di legge e della riduzione 12 %, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni, con decorrenza dal 1° del mese successivo a quello dell'acquisita stabilità. Indennità per mezzo di trasporto (bicicletta) L. 400, ridotta del 12 %. Tassa L. 50,10. Scadenza 31 ottobre 1932.

CASANOVA ELVO (*Vercelli*). — Scad. 15 ott.; con Formigliana; L. 8000 e 10 bienni ventesimo oltre L. 500 trasp.; c.-v.; L. 500 uff. san.

CERMIGNANO (*Teramo*). — Per titoli. Condotta per i poveri del Comune. Stipendio annuo L. 8000 più indennità trasporto L. 2400, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione 12 %. Lo stipendio è aumentabile di L. 500 al compimento di ogni quadriennio di servizio e per quattro quadrienni. Indennità annua di L. 500 pel servizio di Ufficiale

Sanitario, se ne sarà dato l'incarico. Tassa di ammissione al concorso L. 50,10. Scadenza 15 novembre 1932.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto 30 ott., 3 medici chirurghi aggiunti; annue L. 4200 decurtate del 12 %; partecipaz.; nom. triennale; titoli ed esami; obbligo di residenza in Ospedale; guardie; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50. Rivolgersi Ufficio di Segreteria.

CONA (*Venezia*). — Scad. 31 ott., ore 18; L. 9000 aumentabili e altri proventi e indennità; età lim. 35 a.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di Montalto Uffugo. Stipendio annuo L. 5000, più cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità annua mezzo trasporto L. 2500. Scadenza 20 novembre 1932.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del Comune di S. Giovanni in Fiore. Stipendio annuo L. 5000, più cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità annua mezzo trasporto L. 2500. Scadenza 20 novembre 1932.

FIRENZE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore del Consorzio, cui sono affidati anche altri incarichi; titoli ed esami; L. 30.000 e tre trienni dec., oltre L. 12.000 direzione Istituto di Pratolino; età lim. 45 a. al 16 sett.; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio. Scad. ore 18 del 17 nov.

FORLÌ. *Congregazione di Carità.* — Per titoli ed eventualmente per esami. Posti di aiuto medico e di aiuto chirurgo e posti di assistente medico e di assistente chirurgo nell'Ospedale Civile G. B. Morgagni. Lo stipendio è di L. 5000 per ciascuno degli aiuti e di L. 4000 per cadauno degli assistenti, gravato delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Compartecipazione onorari; alloggio in Ospedale. Durata servizio: biennio 1933-1934. Domanda, documenti e tassa alla Segreteria della Congregazione di Carità.

GUASILA (*Cagliari*). — Scad. 10 ott.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 840 c.-v., se spetta; da decurtare del 12 %; tassa L. 50,10.

LAGOSTA (*Zara*). — Scad. 15 ott., ore 18; L. 12.000 aumentabili e altri assegni e indennità; età lim. 40 a.

LA SPEZIA. *Ospedale Vitt. Em. II (Opera Pia S. Andrea).* — Medico assistente per la medicina generale; scad. 31 ott.; età mass. 40 a.; titoli o esami; L. 5000 aumentabili.

LIGONCHIO (*Reggio Emilia*). — Scad. 27 ott., ore 9; L. 7040 aumentabili e altri proventi e indennità; incarico uff. san.; età lim. 23-35 a.

MANTOVA. — Scad. 7 dic.; medico di riparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

MARA (*Sassari*). — Scad. 15 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 uff. san.; riduz 12 %; tassa L. 50,10.

MASSALOMBARDA (*Ravenna*). — Scad. 25 ott.; reparto interno; L. 9500 per 1400 pov. su 3836 abit., agglomerati; deduz. 12 %; indenn. famiglia se dovuta; età lim. 40 a. al 10 sett.; tassa L. 50.

MATERA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio informa che il termine per la presentazione dei documenti per il concorso al posto di Direttore del Dispensario Provinciale è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 ottobre 1932.

MONTALTO UFFUGO. — (Vedi COSENZA).

MORCIANO DI LEUCA (*Lecce*). — Scad. 15 ott.; lire 8500, oltre L. 2000 cavalc., L. 1000 uff. san.; età lim. 40 a.

RAGUSA. *Ospedale « B. Mussolini ».* — Per titoli: *a*) Primario chirurgo dirigente reparto chirurgia; *b*) Primario ostetrico-ginecologo diregente reparto ostetrico e per la maternità ed infanzia; *c*) Aiuto medico addetto reparto medicina e servizio necroscopico; *d*) Aiuto chirurgo addetto reparto chirurgia e per la maternità ed infanzia; *e*) Preposto sezione radiologia e terapia fisica.

Stipendi Primari: L. 6000 e indennità speciale L. 4000; Aiuti: L. 5000 e indennità L. 2000. Preposto radiologia e terapia fisica: L. 5000 e indennità L. 1000. Compartecipazione proventi: Primari e preposto radiologia 40 %; Aiuti 20 %. Quattro aumenti quadriennali del decimo per i Primari. Periodo esperimento due anni. Nomina Aiuti e preposto radiologia, per quattro anni, rinnovabile di biennio in biennio. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50. Titoli: *per i Primari*: laurea conseguita da almeno nove anni ed aver prestato servizio in reparti rispettivamente chirurgici od ostetrici di ospedali con almeno 40 letti o in cliniche chirurgiche o istituti di patologia chirurgica ovvero cliniche ostetriche e ginecoiatriche per non meno di 5 anni se nella qualità di Aiuto o Assistente o per non meno di 3 anni se nella qualità di Primario, ovvero essere libero docente di patologia o clinica chirurgica o di clinica ostetrica ed essersi dedicato costantemente all'esercizio della chirurgia o dell'ostetricia. *Per gli Aiuti*: laurea da almeno 5 anni. Aver prestato servizio quale Aiuto o Assistente per almeno due anni in istituti universitari di clinica o patologia rispettivamente medica o chirurgica ovvero rispettivamente in reparti medici o chirurgici di ospedali importanti. *Per il preposto alla radiologia e terapia fisica*: laurea da almeno cinque anni e aver prestato almeno due anni di servizio effettivo in reparti radiologici di ospedali importanti o di istituti universitari. Titolo di preferenza per l'Aiuto chirurgo aver frequentato corsi di perfezionamento o disimpegnato incarichi di servizio nella branca ostetrica ginecologica. Età massima, salve deroghe legge: per i Primari anni 45, per gli altri posti anni 40. Scadenza termine presentazione domanda ore diciotto del sette novembre 1932. Per maggiori notizie chiedere bando concorso.

ROMA. *Governatorato.* — Posto di Assistente medico specializzato in otorinolaringoiatria. Scadenza ore dodici del giorno 31 ottobre 1932-XI.

Titoli di studio richiesti: *a*) Laurea ed abilitazione, ove occorra a norma di legge. *b*) Requisiti di competenza per la specialità otorinolaringoiatria. *Età*: Non maggiore anni 44 invalidi guerra e decorati; 40 anni ex combattenti e personale provvisorio Governatorato di Roma; 35 anni per gli altri. *Certificati di rito*: Tutti di data non anteriore di tre mesi all'8 settembre 1932-X. *Trattamento economico*: Stipendio: settemilaseicento; eventuali indennità caro-viveri, più lire settecentottanta annue, salva riduzione disposta R. D. L. 1491 del 20-XI-1930. Il vincitore sarà iscritto alla Cassa Governativa Previdenza per i Sanitari. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Personale del Governatorato di Roma.

SAN GIOVANNI IN FIORE. — (Vedi COSENZA).

SERLE (*Brescia*). — Scad. 15 ott.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; c.-v.

SULMONA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; scad. 14 novembre. (Vedi precedente N. 39).

VERCELLI. *R. Prefettura*. — Scad. 25 ott.; uff. sanit. di Borgosesia; L. 7000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 trasp. e diarie; è ammesso l'esercizio della libera profess.; probabile direz. dei laboratori. Chiarimenti dall'Ufficio Sanitario della Prefettura.

VILLACHIARA (*Brescia*). — Scad. 15 ott.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre addizionale pei poveri, L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.

VOLTAGGIO (*Alessandria*). — Proroga 20 ott.

ZENEVREDO (*Pavia*). — Scad. 15 ott.; con Bosnasco; L. 9680 e 5 quadrienni dec.; riconoscim. serv. ant.; L. 300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Italiana di Oftalmologia, su relazione del prof. Sgrosso, ha assegnato i due premi disposti dall'« Istituto farmaco-oftalmico tubi Lux », dell'importo di L. 5000 ciascuno, uno dei quali al prof. Ruata del Cairo e l'altro da dividersi in parti uguali fra il prof. Gianantoni di Perugia e il dott. Zanettin di Padova; su relazione del prof. Alajmo, ha assegnato il premio nazionale « Cidonio » al prof. Santonastaso di Bari e al dott. Strampelli di Roma.

Il dott. Kurt Walcher, docente privato di medicina legale a Monaco, è stato chiamato come titolare di questa disciplina ad Halle.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso mediterraneo d'igiene.

Si è tenuto, come ne avevamo dato l'annunzio, a Marsiglia, dal 20 al 25 settembre, sotto gli auspici della Facoltà di medicina. Alla solenne cerimonia inaugurale intervennero il ministro della sanità pubblica Godart e molte altre autorità.

Numerosi ed eminenti studiosi di tutti i Paesi del Mediterraneo hanno portato il loro concorso ed i risultati dei loro lavori a questa manifestazione scientifica internazionale.

La delegazione italiana comprendeva S. E. Lutrario, rappresentante anche il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, S. E. De Blasi per il Consiglio Nazionale delle Ricerche, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità del Governatorato di Roma, ecc.

I congressisti italiani hanno riportato un vero successo.

Daremo prossimamente un cenno sui lavori. Questi vennero intramezzati da feste e da ricevimenti.

Ad un banchetto ufficiale di chiusura in onore dei convenuti, al quale intervenne il ministro dell'educazione nazionale De Monzie, il dott. Lutrario formulò il voto che dal Congresso nasca un organismo nel quale si elaborino utili iniziative.

1° Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Si è svolto a Vichy, come avevamo annunziato, dal 19 al 22 settembre, ed ha assunto uno sviluppo imponente per il numero dei congressisti — oltre 1200 — e per l'organizzazione.

L'Italia era largamente rappresentata da eminenti personalità; il presidente del Comitato italiano, sen. Sanarelli, venne fatto segno a ripetute attestazioni di stima. Erano tra i congressisti i proff. Antonelli, Casoni, Gamna, Mann, Marcialis, Pecori, Sabatini ed altri; per la stampa medica italiana il dott. Arnaldo Pozzi.

La seduta inaugurale fu presieduta dal ministro della sanità pubblica, Godart. Fra i discorsi dei delegati stranieri fu molto applaudito quello del Sanarelli, che auspicò ad una sempre più stretta collaborazione fra gli uomini di scienza di tutti i Paesi.

Dei lavori daremo un breve resoconto in un prossimo numero.

3° Congresso nazionale di nipiologia.

Promosso dalla Società Italiana di Nipiologia, e sotto l'alto patronato della Principessa di Piemonte, si è tenuto a Perugia, dal 20 al 23 sett., il terzo Congresso nazionale di nipiologia, per trattare dello studio del lattante da tutti i punti di vista: biologico, psicologico, igienico, clinico, storico, giuridico e sociologico.

L'inaugurazione ebbe luogo nel salone dei Notari del Palazzo dei Priori, alla presenza del rappresentante del Governo on. Solmi, del R. Commissario dell'Opera Maternità ed Infanzia gr. uff. Sileno Fabbri, del sen. Gentile, di tutte le autorità locali, dei rappresentanti dei principali Istituti scientifici e di numerosissimi congressisti.

Dopo il saluto rivolto ai congressisti dal Podestà, ha parlato la prof.ssa Borrino direttrice della Clinica pediatrica dell'Università di Perugia. Seguì il prof. Cacace presidente e fondatore della Società italiana di nipiologia; il prof. Allaria recò il sa-

luto e l'adesione della Società italiana di pediatria. Salutato da vivi applausi sorge quindi a parlare l'on. Solmi, il quale rileva l'interesse vitale che ha l'attuale congresso in ordine allo sviluppo ed al miglioramento della razza. In ultimo, il gr. uff. Sileno Fabbri parla sulle prospettive assistenziali della prima infanzia.

I numerosi temi all'ordine del giorno furono svolti dai relatori designati proff. Allaria, Baglioni, Bilancioni, Colucci, Cozzolino, Frontali, Pende, Pincherle e altri; il comm. Gesmondo, consigliere della Corte d'Appello di Firenze, riferì su « La tutela del lattante nella riforma dei Codici ».

Al Congresso era unita una riuscitissima Mostra del lattante.

I partecipanti al Congresso hanno fatto una visita a Sangemini.

Convegno della Società Italiana di Pediatria.

Nei giorni 18 e 19 settembre si è tenuto il convegno che la Società italiana di pediatria aveva indetto per discutere il tema « Sieroterapia e vaccinazione antidifterica ». Ai lavori, presieduti dal prof. Allaria, hanno partecipato con discussioni e comunicazioni i proff. Fiore, Pincherle, Spolverini, Valagussa, Pontano (che con due articoli pubblicati nella Sez. Medica del nostro periodico ha avuto il merito di sollevare il problema), Terni, Tron, ecc. A conclusione dei lavori è stato approvato un ordine del giorno che riportiamo integralmente:

« La Società Italiana di Pediatria, riunita a convegno nazionale con l'intervento di numerosi immunologi, udite le relazioni sul problema della sieroterapia e della vaccino-profilassi della difterite, dopo ampia discussione alla quale hanno recato il contributo della loro esperienza immunologi e pediatri di tutta Italia, giunge unanime alle seguenti conclusioni: conferma la sua fiducia nell'efficacia del siero antidifterico, il quale si conserva oggidì il rimedio specifico più sicuro contro la gravissima malattia; ritiene ancora che il siero antidifterico esplichi la sua efficacia tanto più pronta e completa quanto più precoce è l'intervento sieroterapico e che occorre adoperare dosi generose di siero ma non eccessive; plaude all'opera svolta dalla Direzione generale della Sanità Pubblica nei riguardi della propaganda per la maggiore diffusione della vaccinazione antidifterica; consiglia, infine, di dare ampio sviluppo alle vaccinazioni antidifteriche col mezzo dell'anatossina di Ramon, come mezzo profilattico attualmente più efficace per la difesa contro la difterite ».

Congresso russo di chirurgia.

Un congresso di chirurgi russi si è adunato a Mosca. Vi hanno partecipato più di 1500 operatori.

Notevoli alcune comunicazioni: per es. sull'utilizzazione del sangue di cadaveri freschi per la trasfusione di sangue (metodo saggiato sperimentalmente da Burdenko, Samor, Kortriakow, valendosi del sangue di cani uccisi da più ore; applicato all'uomo in 7 casi da Judin, nell'Istituto per il pronto soccorso di Mosca; sarebbe da attuare specialmente in guerra); sulla levata precoce degli operati, essendosi accertato che le complicazioni sono molto meno frequenti in quegli operati che restano a letto solo per 2-3 giorni, anche dopo interventi gravi; ecc. Il prof. Gurinewsky ha documentato che in Russia il numero degli infortuni sul lavoro va continuamente riducendosi, ciò che egli ha ascritto alla « razionalizzazione » del lavoro. Molto discusso è stato il tema della formazione dei giovani chirurghi. Il prof. Velikanoff ha riferito su di un siero contro la gangrena gassosa, più efficace di quelli fin'ora usati. L'attenzione dei convenuti venne richiamata sulla cura chirurgica del gozzo endemico.

Corso di perfezionamento in cardiologia.

Sotto gli auspici dell'« Association d'Enseignement médical des hôpitaux de Paris » si terrà a Parigi, nell'Ospedale Tenon, dal 14 al 24 novembre, sotto la direzione del prof. Camille Lian, un corso di perfezionamento sulle malattie dell'endocardio, del pericardio, del miocardio, dell'aorta e dell'arteria polmonare. Tassa d'iscrizione 250 franchi. Nel giugno 1933 seguirà un corso sui disturbi del ritmo cardiaco. Per le iscrizioni rivolgersi alla Facoltà di medicina, oppure al Dr. Blondel, Hôpital Tenon, rue de la Chine 4, Paris.

La "Casa dell'assistenza" municipale a Milano.

L'importanza sempre più grande assunta a Milano dai servizi che fanno capo alla beneficenza ed assistenza pubblica e la necessità, più volte rilevata, di provvedere ad un assetto di servizi adeguato alla loro importanza, hanno indotta l'Amministrazione comunale a studiare una sistemazione dei servizi relativi, in locali idonei al bisogno.

La scelta è caduta sul palazzo già sede della Federazione fascista (in via del Fascio). La « Casa dell'Assistenza » sarà sistemata in modo da offrire ogni possibile agevolazione al pubblico e comprenderà un complesso vastissimo di uffici che vanno dai ricoveri e dai servizi ospitalieri alle pratiche per le assicurazioni, dai sussidi ai rapporti con le varie istituzioni di beneficenza, dalle cure marine ed elioterapiche alle refezioni scolastiche, dai certificati di povertà alle varie altre pratiche, che si possono immaginare facilmente.

L'assistenza sanitaria gratuita invece sarà decentrata agli Uffici rionali di assistenza. Questo trasferimento oltrechè assumere la massima importanza dal punto di vista pratico, in quanto che rende possibile al cittadino bisognoso di far capo ad un ufficio prossimo alla sua abitazione, costituisce un fatto della maggiore importanza, poichè con esso i Gruppi rionali fascisti che, tra l'altro, forniranno le persone incaricate per tutto il servizio informativo per ogni forma di assistenza e beneficenza, acquisteranno una funzione pubblica delle più delicate, funzione che si inserisce in modo diretto nella compagine delle attività municipali.

Nella « Casa dell'assistenza » troverà la propria sede il « Casellario centrale dell'assistenza e della previdenza » alla cui formazione si provvederà immediatamente.

La istituzione di tale provvidenza renderà possibile unità di direttive e di azione nella applicazione dei provvedimenti attinenti alla pubblica beneficenza ed assistenza e farà sì che i provvedimenti medesimi rispondano a giusti criteri equitativi e di perequazione col vantaggio quindi di evitare abusi, inammissibili in materia tanto delicata. Non solo ma il « Casellario » in questione darà immediatamente la possibilità di stabilire la posizione di ciascun cittadino povero nei riguardi della pubblica beneficenza: da ciò provvedimenti immediati e perciò socialmente più utili ed efficaci.

Nuovo ospedale antitubercolare a Napoli.

Nell'ufficio del preside della Provincia di Napoli, on. Morisani, ha avuto luogo una riunione per gli accordi relativi alla costruzione di un ospedale antitubercolare a padiglioni, che dovrà sorgere, a cura della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, in prossimità dell'ospedale « Cotugno » e per il quale l'Amministrazione della Provincia ha già promosso le espropriazioni. Questo nuovo ospedale, le cui fondazioni sono già costruite, avrà una disponibilità di 400 letti e sorgerà rapidamente, pur continuando i lavori di costruzione del grande Sanatorio ai Camaldoli, della capacità di 1300 letti.

Intervennero alla riunione l'on. Morelli, per la Cassa nazionale assicurazioni sociali, il barone La Via, commissario del Comune, il subcommissario Jannone, il prof. Orsi, dirigente il servizio sanitario del Comune, il segretario generale del Comune comm. Canalini, il segretario generale della Provincia, nonchè gli ingegneri della Cassa assicurazione. La discussione portò al pieno accordo tra il Comune e la Cassa per il funzionamento del nuovo nosocomio, che avrà alcuni servizi in comune col « Cotugno ».

L'ospedale sarà costruito a padiglioni « tipo Pater », simili a quelli dell'ospedale di Porta Furba a Roma, ed avrà annesso un dispensario per i malati della C. N. A. S., costruito secondo le più recenti norme. Fu deciso che la costruzione abbia ad essere ultimata al più presto possibile, in modo che la nuova istituzione possa cominciare a funzionare il 1° gennaio 1933.

Dispensario antitubercolare a Macerata.

È in via di ultimazione, per conto del Consorzio antitubercolare; sorgerà di fronte al piazzale della Vittoria e sarà dotato di tutti i più moderni attrezzamenti. Si deve alla cospicua offerta di 4 milioni, erogati a tale scopo dalla famiglia Sagrini, alla quale sarà intitolato.

Clinica italiana in Etiopia.

È stata collocata ad Adis Abeba la prima pietra di una Clinica italiana, che sorgerà per iniziativa dell'Associazione Italiana per l'Aiuto Missionario. Alla cerimonia assistevano l'imperatore Haile Sellasie I, il principe ereditario e alti dignitari. L'imperatore espresse, con calde parole, il suo vivo compiacimento per la bella e salutare opera. La Clinica sarà diretta dal dott. Borra.

Elargizioni e legati.

Il gr. uff. Giuseppe Pedriali, spentosi il 30 giugno a Forlì, ha lasciato la sua sostanza, valutata più di 13 milioni di lire, all'Amministrazione provinciale di questa città; una parte del lascito è destinata alla creazione ed al funzionamento di una colonia marina permanente, che possa ospitare e curare, senza interruzioni stagionali, almeno 300 bambini deboli, con preferenza assoluta per i figli di tubercolotici; sarà intitolata a Virginia e Giuseppe Pedriali; verrà organizzata secondo le norme seguite dall'Associazione genovese « Camillo Poli » contro la tubercolosi.

La poliomielite fa ritardare l'apertura delle scuole a Filadelfia.

L'apertura delle scuole pubbliche di Filadelfia, la quale doveva aver luogo alla fine di settembre, è stata differita a causa di un'epidemia di paralisi infantile; e ciò in conformità alle proposte avanzate da una riunione di oltre 100 medici, convocata dal direttore della Sanità pubblica dello Stato di Pennsylvania, dott J. Norman Henry.

Nella settimana 23-29 agosto furono denunziati 29 casi.

A richiesta della « Philadelphia County Medical Society » si procede alla raccolta di siero di tutti i guariti.

Scambio di allievi con le università straniere.

È da alcuni giorni ospite della Clinica Medica della R. Università di Bari « Benito Mussolini » diretta dal prof. Luigi Ferrannini, la dottoressa signorina Elisabeth Hinrichsen, laureata a Berlino e tuttora assistente presso la Clinica Medica di Amburgo, diretta dal prof. Brauer. La signorina Hinrichsen, che ha avuto alloggio in Clinica, si tratterrà nel nostro Paese tre mesi, al termine del quale periodo il migliore assistente interno della Clinica sarà ospitato egualmente nella Clinica Medica di Amburgo.

La Clinica Medica di Bari ha così, nel più breve tempo possibile, realizzato il progetto così bene auspicato dall'Associazione Nazionale Fascista per la Scuola, dello scambio degli assistenti fra Università delle varie Nazioni, fattore indispensabile per la comprensione intellettuale fra i diversi Paesi e per la espansione della nostra cultura all'Estero.

Remissione di querela.

A complemento della notizia data sotto questo titolo nel fasc. 32, aggiungiamo che — a quanto si desume da « L'Avvenire Sanitario » del 22 settembre 1932 — anche l'on. Perna ha rilasciato una dichiarazione in cui afferma che « i dottori Bellinzona e Belotti hanno sempre agito in perfetta onestà di propositi e di idee, ispirandosi costantemente all'interesse della Classe e del Paese ».

Negato riconoscimento di alcune specialità medicinali.

Con vari decreti del Ministero dell'Interno, pubblicati sulla « Gazzetta Ufficiale », è stata negata la registrazione di varie specialità medicinali, perchè le loro proprietà terapeutiche non rispondono a quelle annunziate ovvero per illecita propaganda.

Uno dei più celebri ginecologi inglesi, sir HENRY SIMSON, è stato fulminato da un'embolia cerebrale, mentre stava eseguendo un'operazione, in una clinica del West End di Londra: improvvisamente lasciò sfuggire il bisturi e si accasciò ai piedi del tavolo operatorio; un altro chirurgo terminò l'operazione, mentre le infermiere soccorrevano il Simson, che spirò pochi istanti dopo. Egli contava 60 anni. Aveva assistito alla nascita dei figli del duca e della duchessa di York. F.

È morto il dott. LUIS RAZETTI, fondatore e direttore della « Gaceta Médica de Caracas »; per un ventennio ha consacrato la sua attività all'Accademia di Medicina del Venezuela.

P. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 6 mag. — H. RIETSCHEL. Patogenesi del m. di Feer. — UNTERBERGER. Determinaz. del sesso e concentraz. idrogenionica.

Presse Méd., 4 mag. — G. LAROCHE e H. SIMONNET. Ormone antiipofisario. — 7 mag. H. ROGER. La neuromelitococcia.

Semana Méd., 14 apr. — E. P. FIDANZA e L. M. ECHEVERRÍA. Valore diagnostico della tricofitina. — 21 apr. C. P. WALDORP. Il tonoscillografo di Plesch utilizzato per la determinazione della pressione media dinamica. — J. J. VITON. Prodotto opoterapico gastrico iniettabile per ulcere gastr. duoden. e stati dispeptici.

Arch. Arg. Inferm. Ap. Dig. ecc., feb.-mar. — J. M. G. GALVÁN. La pepsinoterapia per via paraenterica nelle ulcere gastro-duod. — J. J. BERATERVIDE e L. M. HURERA. Ascite e insufficienza tiroidee.

Wien. Klin. Woch., 6 mag. — Trattam. delle malattie reumat. — WILDER. Crampi muscolari e forme affini.

Klin. Woch., 7 mag. — F. O. HORING. La variabilità dei batteri dal punto di vista clinico. — R. SELKE. Alcoolismo e tbc.

Münch. Med. Woch., 6 mag. — SEITZ. L'endometriosi. — WEBER e BODE. La linfogranulomatosi maligna. — KAISER. Trattam. chirurg. dell'enfisema mediastinico.

Arch. Int. Med., apr. — A. JORDI. Il gozzo. — G. M. PIERSOL e E. STEINFIELD. Granulopenia. — P. WILLSON e A. A. PREECE. Chorea gravidarum. — J. ARKAWY e S. HERALD. Asma e artrite associate: allergia batterica.

Journal A. M. A., 23 apr. — G. F. DICK e G. H. DICK. Immunità antitossica per bocca — L. G. HEYN. Iperinsulismo.

Arch. Mal. des Reins ecc., 5. — E. PAPIN. Chirurgia conservativa nella litiasi renale. — L. AMBARD e J. STAHL. Cloruremia nell'uremia convulsiva.

Amer. Med., apr. — W. W. CARLER. Vaccinoterapia del raffreddore comune. — M. HUTMER. Impotenza maschile e femm.

Paris Méd., 7 mag. — Numero sul cuore ed i vasi.

Nutrition, 2. — Numero sui reumatismi cronici e l'apparecchio digerente.

Giorn. di Med. Mil., apr. — MAZZETTI e GERMINO. Epidemia di dissenteria bacillare.

Riv. di Patol. e Cl. della Tuberc., 30 apr. — C. F. CAPUANI. Natura e limiti dell'immunità tubercolare. — C. BARTOLOTTI. Sindromi renali nei tubercolotici polm.

Mediz. Welt, 7 mag. — M. B. SCHMIDT. Amiloidosi. — E. GRAPE e H. ANTHES. Splenomegalia tipo Gaucher.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 10 Ottobre 1932 - X Num. 41

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
(SALA S. CARLO GENGA).

La prova dell'acqua ossigenata per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati

per il prof. TOMMASO LUCHERINI,
primario medico e libero docente.

Svariati sono i metodi di esame, basati ognuno su reazioni caratteristiche, che numerosi autori in questi ultimi anni hanno proposto per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati. Accennerò fra le principali prove a quella di Castellino, Galdi, Morelli, Zeri, Devoto, Landolfi, Breccia, Ganci, Baccarani, ecc. Ma la prova più facile e più sicura e che ormai si è imposta universalmente nella pratica corrente è la reazione di Rivalta, proposta dall'autore sin dal 1904. Il valore di questa reazione, della quale è noto il principio fondamentale su cui si basa (Rivalta, *Policlinico*, sez prat., 1929, n. 25), è indiscusso, non solo per la sua sicurezza, ma sopratutto per la sua semplicità e rapidità. È vero che qualche rara volta è difficile differenziare in maniera precisa ed assoluta un essudato da un trasudato e che dall'uno all'altro liquido si passa attraverso una gamma di sfumature; però, a parte il valore clinico delle altre reazioni, la prova di Rivalta è quella che sino ad oggi offre sicura garanzia di pratica utilità.

Senza avere la pretesa di proporre una nuova reazione per la diagnosi differenziale fra essudato e trasudato, io ritengo opportuno rendere noto un mezzo d'indagine, il cui principio fondamentale non si discosta dalla R. di Rivalta.

Non avrei inteso la necessità di scrivere questa nota, dopo la universale affermazione della Rivalta, se non ne fossi stato indotto da sole ragioni di utile pratico e dallo scopo di offrire ai medici il mezzo, in caso di particolari necessità e contingenze, di fare la diagnosi differenziale tra essudati e trasudati con la stessa

facilità, rapidità e sopratutto con lo stesso valore diagnostico della Rivalta. Infatti in tutte le prove da me fatte da lungo tempo (parecchie centinaia) nei varii reparti degli ospedali di Roma, ho potuto con assoluto rigore stabilire la perfetta equivalenza dei risultati che si hanno fra la mia prova e la R. di Rivalta che ho sempre messa a confronto.

* * *

Ed ora passo senz'altro alla tecnica di esame: *In una provetta si versa sin quasi a due centimetri dall'orlo la comune acqua ossigenata del commercio, che svolge 12 volumi di ossigeno, indi si fa cadere nella provetta una goccia del liquido fresco da esaminare. Come precisamente accade nella reazione di Rivalta, si vede allora in caso di essudato, osservando per trasparenza (se si vuole su sfondo nero), che la goccia cadendo nel fondo della provetta produce una striscia bianco-azzurrognola, opalescente, tortuosa come fumo di sigaretta, mentre in caso di trasudato tale fenomeno non si verifica.*

Non entro a discutere il merito diagnostico della prova nei riguardi delle sue applicazioni per la differenziazione dei versamenti nei vari processi morbosi, perchè, come ho già detto, i risultati della prova stessa concordano al cento per cento, nel grado e nella misura, con quelli della reazione di Rivalta.

Dirò subito che tale concordanza è dovuta al fatto che le due reazioni si basano sullo stesso principio e che naturalmente la medesima è la natura della sostanza precipitante. L'acqua ossigenata infatti è di lievissima reazione acida, come è facilmente dimostrabile con la cartina di tornasole azzurra, per le piccole e determinate quantità di acido solforico o fosforico che contiene e che ad essa vengono sempre aggiunte, onde facilitarne la conservazione. Essa quindi non costituisce altro che un mezzo debolmente acido, come è per la R. di Rivalta l'acqua distillata leggermente acidificata con acido acetico.

Aggiungerò che non si creda, come a priori potrebbe pensarsi, che l'acqua ossigenata a contatto con la goccia di essudato possa svolgere ossigeno nascente e concorrere a determinare il precipitato. Tale eventualità non può in alcun modo essere ammessa; e d'altronde la dimostrazione è subito offerta dal fatto, che neutralizzando l'acidità dell'acqua ossigenata della Farmacopea con qualche goccia di una debole soluzione di citrato o bicarbonato di sodio, non si ottiene più con la prova alcun precipitato.

Per le ragioni suesposte discutere quindi il valore diagnostico di questa prova da me proposta, significherebbe discutere il valore diagnostico della reazione di Rivalta. In ogni modo io ho ritenuto opportuno farla conoscere, anzitutto perchè in casi urgenti (ad es: in mancanza di acido acetico) l'acqua ossigenata può dare gli stessi risultati, e poi perchè la estrema semplicità, rapidità, facilità di questa prova non sono certamente inferiori a quelle della reazione di Rivalta. Inoltre l'acqua ossigenata ha il vantaggio di essere un liquido già pronto per l'uso, alla portata di tutti, e preparato nello stesso modo ed allo stesso titolo dalle case produttrici. Essa quindi per tale scopo può essere considerata un liquido « *standard* »; e perciò nella pratica corrente questo nuovo mezzo di indagine offre sicurezza, uniformità e costanza di risultati.

RIASSUNTO.

L'A. propone una nuova prova facile, sicura e rapidissima per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati mediante l'acqua ossigenata. Tale prova è fondata sullo stesso principio della reazione di Rivalta, con la quale concorda perfettamente nei risultati.

Roma, 15 luglio 1932.

NOTE E CONTRIBUTI.

Consorzio Provinciale Antitubercolare di Modena.
Direttore: Prof. ARTURO CAMPANI.

Considerazioni statistiche, cliniche ed epidemiologiche sulla polmonite crupale con particolare riguardo alle "case da polmonite,,.

Dott. ITALO CORNIA

Fra le malattie che nel corso dei secoli hanno mietuto il maggior numero di vite umane uno dei primi posti spetta indubbiamente alla polmonite crupale. Malattia in complesso scarsamente contagiosa e a decorso non eccessivamente grave, essa attinge la ragione della sua pericolosità nel fatto di essere constantemente presente da tempo immemorabile in ogni epoca e in ogni luogo, passando da periodi di discreta benignità a quei bruschi risvegli epidemici del cui impressionante ricordo è piena la storia della medicina.

Osler la chiama « the Captain of the Men of Deeth », cioè con lo stesso sinistro appellativo che Bunyan già aveva usato a proposito della tubercolosi. E infatti se c'è una malattia che molto da vicino contenda alla tubercolosi il triste primato della mortalità, questa è precisamente la polmonite.

Non fu dunque senza meraviglia quando dai primi esordi professionali mi accorsi che la polmonite figurava nel mio bilancio con cifre assai modeste e di gran lunga inferiori a quelle che mi sarei aspettato di trovare. Ricordo delle annate in cui, pur nella cerchia di una estesa clientela, avrei potuto, per così dire, contare sulle dita i casi di polmonite avuti in cura: e con tutto che tali casi fossero spesse volte rimarchevoli per la eccezionale gravità del decorso o per qualche particolarità clinica fuori del comune, pure di fronte alla esiguità numerica di essi non riuscivo a persuadermi come mai i medici più anziani potessero ancora parlare della polmonite col sacro terrore di un incubo che accompagnava invariabilmente ogni anno il sopraggiungere della stagione invernale.

Ebbi insomma l'impressione che la diffusione avuta per il passato dalla polmonite fosse molto più elevata di quella che la mia pratica quotidiana mi faceva intravvedere.

La successiva esperienza di parecchi anni mi confermò in tale concetto e mi convinse che come tale fenomeno non poteva attribuirsi a una caso fortuito in quanto tendeva a ripetersi con costante regolarità, così non era legato a particolari condizioni locali in quanto, insieme con me, moltissimi altri colleghi lo andavano e lo vanno avvertendo tuttora anche altrove in condizioni di clima e d'ambiente del tutto diverse.

Che la polmonite, come del resto tutte le malattie infettive, sia soggetta a delle oscillazioni di frequenza nel senso che mentre si mostra notevolmente diffusa in determinati periodi può farsi rarissima in altri, è cosa nota nè vale la pena di insistervi. Ma nel nostro caso il fenomeno sembra presentare tali caratteristiche di uniformità, di costanza e di durata che c'è da chiedersi se realmente siano in gioco soltanto quei misteriosi fattori che regolano l'alterno avvicendarsi delle epidemie o se qualche altra causa nuova e meno imponderabile si sia aggiunta nel progresso dei tempi a modificare stabilmente il campo epidemiologico della polmonite.

Il presente lavoro ha quindi come obbiettivo due distinti quesiti:

Risponde a verità e fino a che punto è praticamente dimostrabile che la polmonite sia attualmente in diminuzione? In caso affermativo quali sono le presumibili cause determinanti o coadiuvanti di tale diminuzione?

Il solo argomento che potrebbe dare una risposta veramente categorica al primo quesito sarebbe lo studio statistico comparativo della morbilità globale per polmonite. Ora non solo un lavoro statistico di questo genere non esiste, ma possiamo senz'altro aggiungere che esso esorbita in modo assoluto dalle nostre pratiche possibilità. Quando si pensi che nel campo della tubercolosi, malattia a lungo decorso e quindi soggetta a infinite possibilità di indagine e di controllo, la cifra della morbilità, non ostante gli sforzi concordemente compiuti da medici e da Enti, resta ancora più una presunzione teorica che una realtà matematicamente assodata, si può avere un'idea delle difficoltà che incontrerebbe un tentativo di statistica della morbilità per polmonite, malattia a decorso spesso fugace, a esito il più delle volte fausto e senza conseguenze, e d'altra parte di natura così comune da non suscitare intorno a sè alcun interessamento fuori dell'ambiente famigliare nel quale si svolge.

Tutte le statistiche che noi possediamo in fatto di morbilità per polmonite si basano esclusivamente sulla percentuale dei ricoverati in ospedale durante determinati periodi. Ora noi sappiamo che se nei grandi centri e segnatamente fra le classi più agiate l'enorme maggioranza delle forme pneumoniche si sottrae al ricovero ospitaliero, nelle zone rurali il ricovero ospitaliero per polmonite rappresenta un avvenimento del tutto eccezionale. Le accennate statistiche dunque non soltanto sono ben lungi dal poterci dare un preciso ragguaglio sulla diffusione assoluta della malattia, ma hanno un valore molto relativo anche come indici di frequenza locale in quanto è difficile presupporre inalterato nel tempo quel complesso di fattori ambientali, sociali ed economici ai quali il congegno della ospedalizzazione è strettamente legato.

Sull'andamento generale di essa morbilità manca invece anche nei trattati più completi e più diffusi dal lato statistico qualunque notizia. Tutto quanto anzi ho potuto trovare sull'argomento si limita a un rilievo di Holmsen citato da Eichhorst nel quale si afferma che nella seconda metà del secolo scorso il numero delle persone annualmente colpite da polmonite in Norvegia fu del 4 % in tempi normali ed arrivò fino all'11 % in tempi di epidemia. Troppo poco dunque per i raffronti statistici che ci interesserebbe stabilire.

Per avere un concetto sia pure approssimativo della diffusione che la polmonite ha avuto per il passato e sopratutto per stabilire in confronto con le condizioni attuali se essa sia o meno in diminuzione non resta pertanto che ricorrere a mezzi di indagine indiretti.

Il più importante fra questi e nello stesso

tempo quello che consente le maggiori possibilità di confronto è costituito dalla statistica della mortalità.

In Italia ad esempio i Bollettini Ufficiali di Statistica portano nell'ultimo trentennio le seguenti cifre di mortalità assoluta per polmonite:

Anno	Numero dei morti per polmonite	Quoziente per 10.000 abitanti	Anno	Numero dei morti per polmonite	Quoziente per 10.000 abitanti
1899	43846	13,64	1915	32533	8,94
1900	41996	12,98	1916	36058	9,82
1901	43455	13,35	1917	36918	10,39
1902	40481	12,36	1918	77565	21,92
1903	47400	14,40	1919	31615	8,76
1904	37509	11,32	1920	33954	9,34
1905	38812	11,63	1921	27806	7,54
1906	37350	11,14	1922	30416	8,13
1907	41367	12,25	1923	25612	6,77
1908	37294	10,93	1924	29456	7,44
1909	39548	11,49	1925	30204	7,55
1910	32664	9,40	1926	30007	7,46
1911	36993	10,66	1927	26931	6,60
1912	33394	9,53	1928	27271	6,65
1913	33307	9,40	1929	30921	7,50
1914	32524	9,07			

Se, prescindendo dai dati relativi al 1918, l'anno della « Spagnola », nel quale evidentemente la mortalità per polmonite si confonde con quella dovuta alla pandemia influenzale, facciamo la media quinquennale dei sopra elencati quozienti di mortalità riferiti a 10.000 abitanti otteniamo i seguenti valori:

Quinquennio	1899-1904	13,54
id.	1904-1909	11,45
id.	1909-1914	10,01
id.	1914-1919	9,55
id.	1919-1924	8,11
id.	1924-1929	7,14

i quali presentano un regolare andamento decrescente per modo che la media della mortalità per polmonite risulta nel quinquennio 1924-1929 la metà di quella del quinquennio 1899-1904.

Qui occorre aprire una parentesi.

Il medico che compila la scheda di morte e classifica la forma polmonare acuta osservata sotto il nome di polmonite o di broncopolmonite esprime in quel momento un concetto puramente clinico, non eziologico.

Noi sappiamo però che da qualche anno per un complesso di cause che ancora ci sfugge, il quadro classico della polmonite genuina tende a farsi sempre più raro, mentre è divenuto invece costante il reperto delle forme atipiche, irregolari o incomplete, di essa. La casistica quotidiana del pratico fornisce da questo lato tutta la gamma dei più svariati e suggestivi esempi. Noi vediamo delle polmoniti, la cui natura pneumococcica è rivelata da altri segni, esordire spesso in modo subdolo e decorrere fino all'ultimo con un reperto polmonare tutt'altro che caratteristico. Ne vediamo altre in cui la tipica risoluzione per crisi viene sostituita da una lenta fase regressiva dei fenomeni morbosi che può prolungarsi anche per molti giorni. Ci sono delle polmoniti con una sintomatologia fisica quasi nulla, come ce ne sono altre in cui manca spesse volte qualunque sintomatologia funzionale. Accanto alle forme più miti che esordiscono, decorrono e risolvono nel giro di due o tre giorni (polmoniti effimere) possono comparire le forme più rapidamente mortali (polmoniti fulminanti). Sembra insomma, per usare una espressione di Mantia (1) e Tinti (2) i quali hanno portato all'argomento un interessante contributo di casistica personale, che l'atipicità sia divenuta da qualche tempo la regola e la regola, eccezione.

Questo progressivo allontanarsi della polmonite dal suo quadro classico e la grande variabilità delle manifestazioni e delle combinazioni morbose con le quali si presenta rendono molto arduo il compito diagnostico del medico. Ci sono per esempio dei casi in cui distinguere queste forme anomale di natura pneumococcica e quindi di pertinenza della polmonite genuina dalle comuni broncopolmoniti da influenza può riuscire praticamente impossibile, specie quando nello stesso ambiente le due malattie sono contemporaneamente presenti. La possibilità di uno scambio diagnostico di questo genere è dunque da prendersi in considerazione. Ma, a parte il fatto che tale possibilità è dopo tutto reciproca, qualche caso di morte in più dovuto alla polmonite crupale e attribuito per errore alla broncopolmonite o alla bronchite non può alterare in modo sostanziale il valore statistico delle cifre sopra riportate. Il rapporto fra il quoziente di mortalità del 1899 e quello del 1929 è all'incirca di 2 a 1. Se anche non vorremo concludere in via assoluta che la mor-

(1) G. MANTIA. *Brevi riflessioni cliniche pratiche su la polmonite crupale*. Rivista Medica, 1923.

(2) A. TINTI. *Considerazioni pratiche su la polmonite crupale*. Rivista Medica, 1924.

talità per polmonite crupale sia oggi realmente in Italia la metà esatta di quella che era trent'anni or sono, dovremo pur tuttavia ammettere che essa ha subito da allora una profonda diminuzione.

Ora, per il solo fatto che la mortalità assoluta risulta in diminuzione, possiamo affermare che nella stessa proporzione sia diminuita anche la morbilità? Evidentemente no. Altri fattori possono, indipendentemente dalla diffusione, influire in modo diverso sulla curva della mortalità: primi fra questi le variazioni di virulenza del germe e i progressi terapeutici. Nel caso nostro dobbiamo però francamente riconoscere che non ostante il continuo pullulare di sempre nuovi rimedi un decisivo progresso terapeutico non c'è stato. Sfrondate di quell'aureola di maggior contenuto scientifico che le circonda, le attuali possibilità di cura della polmonite sono purtroppo, come efficacia, ancora allo stesso punto in cui erano mezzo secolo fa.

In quanto poi al genio epidemico esso darebbe piuttosto l'impressione di aver subito col tempo una progressiva recrudescenza. Infatti mentre come abbiamo veduto la mortalità assoluta per polmonite è in notevole diminuzione, l'andamento della mortalità relativa mostra invece una certa quale tendenza all'aumento.

Tale fenomeno che già era stato chiaramente avvertito da parecchi autori specie americani (Smidth, Hartchone, Torwnsend, Coolidge, ecc.) fino dalla seconda metà del secolo scorso sembra essersi ulteriormente accentuato in questo primo trentennio del secolo nostro.

Non avendo potuto raccogliere sufficiente materiale statistico per limitare l'indagine sull'andamento della mortalità relativa da polmonite esclusivamente all'Italia, mi trovo costretto a riferirmi per lo più a statistiche estere, le quali pur rispecchiando condizioni di clima e d'ambiente indubbiamente diverse, servono a dare tuttavia nel loro complesso un quadro abbastanza preciso della questione.

Per quanto riguarda la seconda metà del secolo scorso e precisamente nel trentennio che va dal 1845 al 1875 Winge a Cristiania riscontrò una mortalità relativa del 16,8 %. Warfwinge a Stoccolma una mortalità oscillante da un minimo del 6,2 % nei casi comuni a un massimo del 39,6 in casi eccezionalmente gravi. Aufrecht nel periodo che va dal 1880 al 1896 su 1426 casi ebbe il 17 % di mortalità. Huss su 2656 ammalati un minimo del 7,43 fino a un massimo del 17 %. Eichhorst a Zurigo dal 1874 al 1902 su 2324 casi una mortalità media del 19,44 %. Bary a Pietroburgo su 3273 casi una mortalità media del 21 %. A Stoccolma la percentuale di mortalità oscilla da un massimo del 18 % nel 1845 a un minimo del 9,8 % nel 1851. A Monaco da un minimo del 14 % nel 1875 a un massimo del 25 % nel 1878. Ad Amburgo nel quadriennio 1889-1893 essa va dal 16,7 al 25 %. A Buda-Pest dal 12 al 20,5 %. Stumpft ad Amsterdam su 2690 casi ebbe il 24,5 %. Negli ospedali di Roma durante il quadriennio 1892-1896 si ebbe su 3234 malati una percentuale di mortalità del 34,4 % (Fermi e Montesano). Questa è la cifra più alta di quante abbiamo raccolto per l'Europa e si spiega per il fatto che essa è stata calcolata in base a una statistica esclusivamente ospitaliera, la quale come tutte le statistiche del genere riguarda in prevalenza malati adulti e quindi a più elevata percentuale di mortalità. In America Wells dallo spoglio di 465.400 casi trovò una cifra di 94.826 morti, quanto dire una media mortalità relativa del 20,4 %.

Fatte le debite eccezioni su quanto può essere espressione di un particolare momento epidemico o il portato di condizioni puramente locali è innegabile che la risultante media di tali quozienti è sensibilmente inferiore a quella cifra del 25 % nella quale Béco (3) in base allo spoglio di 35.000 casi fissa la percentuale di mortalità della polmonite nel primo venticinquennio del secolo presente. E tanto più lontana ancora essa appare dalle cifre delle statistiche odierne, specie americane, dove troviamo quozienti di mortalità del 33 % su 277 casi (Park, Bullowa e Rosenbluth, 1928), del 39 % su 361 casi (Cecil e Suttliff, 1928), del 29,90 % su 331 casi (Cecil e Plummer, 1930), del 29 % su 359 casi (Camac), del 42,8 % a Nuova York nel 1929 (Cecil e Plummer).

È bene osservare che le statistiche citate si riferiscono esclusivamente a malati di polmonite trattati con la comune terapia sintomatica. Non si è tenuto conto di quelle riguardanti particolari trattamenti terapeutici per avere a disposizione dei termini di confronto per quanto è possibile omogenei e per mettersi in condizione di poter seguire nella forma più genuina le spontanee variazioni che l'indole della malattia ha subito nel corso dei tempi.

Non è qui il caso di discutere i motivi che possono aver determinato tale aumento di pe-

(3) Bruxelles Médical, 19 dicembre 1926.

ricolosità della polmonite. Woodson con criterio molto semplicista l'attribuisce al progressivo degenerare della razza umana. Più attendibile invece è l'ipotesi di una progressiva trasformazione della compagine biologica del germe che troverebbe riscontro nei profondi mutamenti avvenuti, come si è visto, da qualche tempo nel quadro clinico della malattia e nella comparsa quasi costante di forme anomale anche nei soggetti più robusti e resistenti.

Ora il fatto che di fronte a una mortalità relativa in aumento o supponiamo pur anche stazionaria, troviamo una mortalità assoluta in forte diminuzione, ammette una spiegazione soltanto: che la diffusione della malattia è parimenti diminuita e che il coefficiente di tale diminuzione è per lo meno uguale a quello subito dalla mortalità.

Questa conclusione cui siamo giunti attraverso semplici raffronti statistici trova del resto piena conferma nella diffusa esperienza del medico pratico. Come dicevo in principio è generale la sensazione che la polmonite, per quanto indubbiamente più pericolosa ed infida, sia oggi tuttavia molto meno diffusa che per il passato. In una condotta delle nostre regioni con una popolazione di circa 5000 abitanti si può calcolare che le forme di polmonite genuina oscillino in media dai 15 ai 20 casi all'anno: il che ci darebbe un coefficiente medio di morbilità del 3,50 per mille abitanti e una cifra di morbilità globale per l'Italia di circa 150.000 casi all'anno. Calcolando in base a tale numero di persone colpite il 20-25 % di casi mortali per tutte le età veniamo a ottenere una media annua di 30-35 mila decessi che, tenuto conto delle possibili cause d'errore, corrisponde pienamente con quella portata dai Bollettini Ufficiali di Statistica.

Resta ora da parlare delle cause che possono aver influito su tale diminuzione della polmonite.

Il problema epidemiologico della polmonite possiamo dire che oscilla intorno a tre fattori caratteristici:

1°) Notevoli differenze nella predisposizione individuale ed esistenza di una predisposizione famigliare specifica.

Su 365 casi studiati da Maragliano si riscontrò l'esistenza di precedenti pneumonici personali in 168 casi e famigliari in 107.

Ci sono al contrario delle famiglie in cui la polmonite è completamente sconosciuta.

2°) Tendenza a recidivare.

La polmonite recidiva in media nel 26,8 % dei casi (Netter) e si citano fino a 28 recidive nello stesso malato (Benjamin Rush).

3°) Scarsa tendenza alla diffusione.

Poichè nessun dato di fatto autorizza a ritenere che i due primi fattori abbiano subìto nel tempo apprezzabili modificazioni, è chiaro che la causa della diminuita diffusione della polmonite dovrà essere ricercata in particolari mutamenti intervenuti nelle modalità stesse del contagio.

Che la polmonite abbia come si è detto scarsa tendenza alla diffusione è fuori dubbio. Che le rare apparizioni epidemiche che essa ha fatto nel corso dei tempi costituiscano un avvenimento del tutto eccezionale e contrastante con l'indole abituale della malattia è pure fuori dubbio. Ma dall'ammettere questo al trascurare sistematicamente come si è fatto finora l'importanza pratica del contagio pneumonico corre una notevole differenza.

Facendo lo spoglio dei casi di polmonite avuti in cura nell'ultimo decennio e tenendo presente il luogo d'origine di ciascuno di essi ho potuto constatare che vi sono delle località e più precisamente ancora delle case in cui la polmonite tende a ripetersi con una frequenza veramente impressionante, mentre ve ne sono altre in cui non si ha ricordo di tale malattia.

Che esistano case da polmonite come esistono case da tubercolosi è noto da tempo. Schroeder ad esempio aveva notato che i polmonitici del Policlinico di Kiel provenivano spesso dalla stessa casa e ne cita una che diede in quattro anni ben 32 malati di polmonite. Keller ne cita un'altra che diede 8 casi in otto anni. Ma per quanto tutti gli Autori si mostrino concordi nel rilevare la realtà del fenomeno, mi sembra che non sia stata tenuta in sufficiente conto l'importanza pratica che esso può avere nel meccanismo di diffusione della malattia.

Come risultato di mie personali osservazioni posso citare fra i più tipici esempi del genere tre case rurali del Comune di Pavullo che in un periodo di cinque anni hanno dato rispettivamente: 10 malati di polmonite la prima (Casa di mezzo - Fraz. Camurana); 8 un'altra (Casa Baldaccini - Fraz. Montebonello); 5 la terza (Casa Capannina - Fraz. Crocette); e una casa del Comune limitrofo di Lama che ha dato 11 malati in meno di quindici anni.

Il valore numerico di tali cifre è già di per sè molto significativo, ma contribuisce a dargli anche maggiore risalto il fatto che nei dintorni di queste case e per un notevole raggio di distanza da parecchi anni non si registrano altri malati di polmonite. Nè si può parlare in rapporto alle osservazioni citate di una particolare suscettibilità famigliare in

quanto in tre di queste case la polmonite colpì a diverse riprese individui che non avevano alcun vincolo di consanguineità e in una (Casa Baldaccini) addirittura due famiglie diverse pur abitanti sotto il medesimo tetto.

Bisogna dunque riconoscere che si tratta di veri e propri centri di infezione dai quali la malattia tende a propagarsi più nel tempo che nello spazio sotto forma di un lento ma continuo stillicidio di casi morbosi. In queste case che sono per lo più dei vecchi tuguri privi di qualsiasi conforto igienico si realizzano verosimilmente quelle particolari condizioni d'ambiente per cui il pneumococco, così sensibile in natura e in vitro all'azione degli agenti esterni, può mantenersi vitale per lunghi periodi di tempo, da qualche mese (Spolverini, Ottolenghi) a qualche anno (Flindt), conservando inalterata attraverso i successivi passaggi la sua primitiva virulenza.

L'importanza che possono assumere tali focolai endemici nel computo globale della morbilità per polmonite è evidente. I 23 casi di polmonite da me riscontrati come ho detto nel termine di cinque anni in tre abitazioni soltanto rappresentano una parte cospicua, circa un quarto, del bilancio pneumonico totale di quel periodo, e questo senza tener conto dei molti altri casi del genere dove, sia pure in forma meno appariscente e meno tipica, è entrato indubbiamente in giuoco lo stesso momento epidemico.

Supponiamo per un momento in via di ipotesi che queste case di cui ho parlato non fossero esistite o che attraverso un provvedimento igienico quanto mai radicale fosse stato possibile abbatterle o dichiararle inabitabili subito all'insorgere dei primi casi. È ammissibile che, se non tutti, molti almeno di quei casi di polmonite che in esse hanno avuto luogo non si sarebbero altrimenti verificati: e come immediata conseguenza di tale fatto la curva della morbilità per polmonite nell'ambito sia pure ristretto della mia clientela avrebbe potuto registrare un andamento senza confronto più favorevole.

Ebbene questa ipotesi che nel caso particolare non ha potuto realizzarsi va invece realizzandosi e su larga scala dovunque sotto l'aspetto generico dell'incremento edilizio e del miglioramento igienico delle abitazioni. Le imponenti opere di sventramento e di risanamento igienico che da trent'anni a questa parte sono state portate a compimento nelle grandi città e nei centri abitati minori, la progressiva sostituzione delle vecchie abitazioni rurali con altre di recente costruzione e rispondenti a più sani criteri igienici hanno finito in sostanza per travolgere e far scomparire automaticamente grande numero di queste case da polmonite.

Qui, più che in ipotetiche variazioni della recettività individuale mal conciliabili del resto con quelle caratteristiche di maggiore gravità che l'odierno decorso della polmonite rivela in tanti casi, sta a mio parere il segreto della diminuzione che si va riscontrando dovunque nella frequenza di tale malattia. E in questo concetto sembra concordare anche il fatto che nelle città, dove le accennate opere di rinnovamento igienico edilizio hanno avuto maggiore impulso, la mortalità per polmonite che superava un tempo quella delle zone rurali tende a decrescere con ritmo più accentuato che altrove.

Di fronte all'importanza pratica di tali rilievi viene fatto di chiedersi se sia giustificato l'agnosticismo che ha dominato fin qui il campo della profilassi antipneumonica. Il concetto che le possibilità di contagio siano nella polmonite praticamente trascurabili ha indotto il medico a tenere su questa materia un atteggiamento del tutto passivo. Ora se è vero che il mettere in opera in un caso isolato di polmonite le stesse rigorose misure igienico profilattiche che si richiedono ad esempio per il tifo, la difterite, la tubercolosi può rappresentare un inutile eccesso di zelo, è altrettanto vero che rappresenterebbe una grave manchevolezza il non intervenire affatto quando per conoscenza diretta o attraverso sistematiche indagini si riesca a stabilire che questo caso fa parte di tutta una sequela di altri casi che hanno verosimilmente trovato incentivo nelle stesse condizioni di ambiente, quando cioè ci troviamo di fronte non più a una manifestazione sporadica della malattia, ma a un vero e proprio focolaio endemico di essa anche se localizzato, come il più delle volte succede, a una casa soltanto.

In presenza di un malato di polmonite il medico non dovrebbe quindi mai trascurare di tener d'occhio la casa quale importante fattore di contagio. Applicato con metodica perseveranza, questo precetto lo porterà a identificare nel corso degli anni una quantità di piccoli centri di infezione destinati altrimenti a rimanere ignorati, e quello che più importa lo metterà in condizione di poterne ostacolare, attraverso le misure igieniche del caso, ogni ulteriore attività.

Sotto questo punto di vista mi sembra dunque giustificato affermare che il fenomeno delle case da polmonite si presenta come uno dei lati più interessanti del problema epidemiologico di questa malattia e senza dubbio

uno dei più fecondi per le immediate conseguenze pratiche che ne derivano.

Comunque esso resta a mio parere l'unica via oggi aperta all'azione preventiva della medicina nel campo della polmonite crupale e quella sola che in tanta penuria di mezzi curativi e profilattici veramente efficaci possa darci qualche sicuro affidamento di vedere ulteriormente migliorato il bilancio mortale di tale malattia che ha pesato sempre e continua a pesare tuttora come uno dei più gravi flagelli sulle sorti della umanità.

Pavullo (Modena), maggio 1932.

RIASSUNTO

L'A. in base a rilievi statistici e a criteri desunti dall'esercizio pratico afferma che tanto la mortalità come la morbilità per polmonite crupale sono in Italia in notevole diminuzione. Fissa nella cifra approssimativa di 150.000 la media annua dei colpiti. Si intrattiene sulle profonde modificazioni che si vanno da qualche tempo riscontrando nel quadro clinico di tale malattia e sui caratteri di maggiore gravità che essa sembra presentare nelle singole forme. Mette per ultimo in evidenza, con un contributo di osservazioni personali, l'importanza che hanno quali focolai endemici di contagio le cosidette « case da polmonite » e spiega la diminuita diffusione della malattia con la graduale scomparsa di un ingente numero di queste case in conseguenza delle opere di rinnovamente edilizio dei centri abitati maggiori e di miglioramento igienico delle abitazioni rurali portate a compimento nell'ultimo trentennio.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI DI DIO IN FIRENZE
Chirurgo direttore: Prof. G. CAVINA.

Chelotomia ed enteroanastomosi.

Dott. VITTORIO GRISERI, assistente.

Se pure in minima proporzione relativamente alla frequenza delle ernie addominali ed agli accidenti di strozzamento che in esse si verificano, le occlusioni intestinali consecutive a lesioni di origine erniaria figurano ormai nella letteratura come evenienze non rare. Secondo il Delvaux, che porta il contributo di tre osservazioni personali, i casi di stenosi enterica descritti sommerebbero ad una cinquantina; ma è verosimile che molti non sieno stati resi noti, magari per non essersene riconosciuta la eziologia. Di tali lesioni il fattore eziopatogenetico è realizzato essenzialmente dallo strozzamento erniario, potendo esse tuttavia prodursi anche al di fuori di quello, così in ernie incoercibili o irriducibili; in cui spesso vediamo gli accidenti di strozzamento non essere che occlusioni intestinali, quali si avrebbero nel libero cavo addominale. I traumatismi, la irritazione della sierosa peritoneale, le turbe del circolo sanguigno ed i fenomeni settico-tossici ad opera del contenuto enterico virulentato, rendono ragione delle complesse alterazioni a carico dei visceri erniati, capaci di provocare la stenosi e l'occlusione intestinale secondaria, precoce o tardiva, dopo riduzione spontanea o reposizione del contenuto dell'ernia; per restringimenti intrinseci, anulari o tubulari, di origine estrinseca da mesenterite retrattile, volvoli, aderenze, gomitature, accollamento a canne di fucile delle due branche di una ansa o conglutinazione di lunghi tratti di intestino, o per stenosi miste, di origine insieme intrinseca ed estrinseca.

Il Lejars, ne la sua relazione alla Société de Chirurgie, rilevava la rarità delle occlusioni secondarie, in confronto alla frequenza con cui al tavolo anatomico si riscontrano le stenosi intestinali degli erniosi; e la notevole facoltà di adattamento che addimostra l'intestino. Ed è da notare, che tale capacità di compensi nei confronti con gli ostacoli al transito si mostra maggiore, per la loro stessa mobilità, nei segmenti più mobili del tratto enterico; in quelli più soggetti, quindi, ad erniarsi. Si deve dunque ammettere (Hasler, Lejars) che spesso la stenosi, poco serrata, rimanga ignorata perchè silente o compensata. Il Delvaux pensa anzi che essa sia, di

grado maggiore o minore, la regola anzichè l'eccezione dopo ogni ernia strozzata. In generale, sia nei trattati classici di chirurgia, sia nella letteratura speciale su la terapia delle ernie, poco si parla di tali accidenti e nulla dei presidii atti a prevenirli; e, nelle comunicazioni casistiche, non troviamo sia stato praticato nel corso della pregressa chelotomia alcun intervento diretto su l'intestino, ove esso non fosse sospetto di gangrena o palesemente gangrenato, oltre irrigazioni, manovre di massaggio, lisi di aderenze o detorsioni di volvolo. Nelle opere da noi consultate (Donati, Giordano, Bumm, Duplay e Réçlus, Guibé e Quénu, Lecène e Leriche, Lejars, Patel) si ricordano, nella terapia degli strozzamenti erniari, anche a tal fine i pericoli della taxis; nelle ernie aderenti, la necessità di sopprimere le aderenze, ed insieme quella di riparare le superficie cruentate che ne risultino, insistendo sino al possibile in tale opera di liberazione o ricorrendo, nei casi estremi, alla enterectomia. Ma solo alcuni AA. (Donati, Patel), trattano dei metodi e delle indicazioni di una profilassi operatoria. Il Donati, così scrive delle stenosi consecutive agli strozzamenti erniari: « Quanto alla profilassi, alcuni chirurghi vorrebbero a tal fine allargare le indicazioni della resezione intestinale nell'ernia strozzata, applicandola ai casi di mesenterio ispessito, edematoso, in cui sia a temersi la trombosi vasale, anche se l'ansa appare in buono stato.

Praticamente però questo giudizio è difficile, e, data la relativa rarità delle stenosi intestinali secondarie, la loro possibilità non basta da sola per indicare una resezione che sarebbe sconsigliata dalle buone condizioni di nutrizione dell'ansa strozzata ». Il Patel fa menzione anche della entero-anastomosi preventiva, pur discutendo anch'egli la indicazione agli interventi profilattici.

« Au cours d'une kélotomie, si l'intestin paraît susceptible d'être réintégré dans l'abdomen, ce n'est pas la crainte d'une sténose problématique qui doit entrer en ligne de compte pour imposer telle méthode. Schultz et Helferich avaient conseillé l'entéro-anastomose préventive; Göbell se montrait partisan d'une entérectomie, large, a titre préventif. Ces indications sont exagérées; ce qu'il faut encore redire, sans se lasser, c'est le danger du taxis. Par contre, si l'entérectomie est décidée, elle sera large, de façon à ne laisser aucume ulcération ».

Nella tesi del Roche, riassumente la letteratura sino al 1907, si leggono unicamente le medesime citazioni, ed espresso lo stesso concetto; per il Francoz, il quale, sia pur brevemente, fa cenno de la questione, questa stenosi è talmente rara che, al momento della chelotomia, il quesito non si porrebbe neppure. Il primo consiglia, eventualmente, la enterectomia; della enteroanastomosi, il Francoz non fa neppure parola. Così come non viene ricordata dallo Zaniboni, nello studio delle resezioni e delle esclusioni intestinali, ove tratta de le stenosi di eziologia erniaria; nè dal Patel, nella terapia delle ernie irriducibili. Ne parlano invece Quénu e Costantini, nella loro pubblicazione sulla resezione intestinale nel trattamento delle ernie voluminose, incoercibili ed irreponibili. Dopo aver indicato la necessità della enterectomia nei reperti di aderenze intestino-sacculari non scioglibili senza lesione non riparabile de la integrità dei visceri, per quanto si riferisce al caso di aderenze tra segmenti intestinali liberi nel sacco e facilmente reponibili, riconoscono che la possibilità de la riduzione toglie in tale contingenza parecchia della sua ragione di essere alla enterectomia; onde si potrà scegliere tra quella e la enteroanastomosi, intervento più semplice e da cui si hanno gli stessi resultati. Noi abbiamo preso in considerazione, anche prescindendo dai fatti di strozzamento, le ernie complicate da aderenze; inquantochè in esse troviamo appunto quelle modificazioni anatomiche rinvenute nel caso da noi trattato e realizzanti un tipo di lesione che, indipendentemente da ogni altra riconoscibile alterazione aggiunta dallo strozzamento e sospettabile di evolvere sino alla stenosi intestinale, si presenta con un quadro già costituito e sufficiente a provocare fatti occlusivi. Lo Schultz, cui si deve attribuire la proposta, come trattamento profilattico alla stenosi intestinale secondaria, della enteroanastomosi, già consigliata ed attuata nei casi di sospetta gangrena intestinale dallo Helferich il quale in tal guisa, non riponendo nel cavo addominale la porzione di ansa esclusa dalla anastomosi, provvedeva a diminuire i danni dell'ano preternaturale ove esso si venisse a formare e, comunque, a facilitare il ristabilirsi del circolo enterico rendendolo indipendente dall'ansa esteriorizzata e riponibile qualora non si verificasse la perforazione gangrenosa dell'intestino, lo Schultz non prende in considerazione che la stenosi cicatriziale della parete, susseguente a necrosi della mucosa; tanto che ammette anche la possibilità di una semplice enterotomia esplorativa de lo stato di quella. Il Göbell, dopo di aver ricordato la proposta dello Schultz, consiglia, eventualmente, la resezione: più sicura, asportandosi con essa tut-

to il tratto di intestino che appaia leso, e che può estendersi oltre la sede di strozzamento. Anche il Delvaux nel suo recente articolo, non considera, nella patogenesi dei restringimenti consecutivi allo strozzamento erniario, che la necrosi de la mucosa. Egli ritiene che un aspetto liscio e lucente de la sierosa, il persistere delle pulsazioni nelle arterie del meso ed il ristabilirsi delle contrazioni peristaltiche, siano segni infedeli di vitalità intestinale: inquantochè è dimostrato che le lesioni si iniziano a carico de la mucosa, e tali sintomi possono non far difetto anche in caso di estesa necrosi di quella. Annette grande importanza, invece, all'apparire la parete intestinale edematosa, infiltrata e rigida: segno di tromboflebite delle tuniche interne, e di minacciante o già verificatasi gangrena della mucosa; e magari, di invasione ulteriore a tutta la parete. Per le indicazioni operatorie, nei casi dubbi, si lascia guidare dalla entità e dalla durata dello strozzamento, dalla rapidità del ristabilirsi della peristalsi; ma ritiene che la decisione sia, principalmente, questione di intuito. Comunque, egli o ripone l'ansa, o reseca: in uno, o due tempi. Della enteroanastomosi, non fa parola. Noi accettiamo senza riserve la opinione del Donati, come egli la formula; per quanto si riferisce ad anse sciolte, anche altri criteri che possano suscitare il timore di una ulteriore stenosi da gangrena mucosa, quali la scarsità del liquido intrasacculare in contrapposto alla abbondanza di quello contenuto nell'ansa, una certa succulenza ed infiltrazione della parete (Schultz), possono sembrare di troppo scarsa autorità da giustificare una complicazione operatoria, e non di poco conto, in un intervento di urgenza. Nei casi estremi, evidentemente, il quesito si trasforma in quello della vitalità dell'ansa. Ove invece rimanga ristretto a la possibilità della problematica stenosi secondaria, crediamo si potrà essere più inclini ad attuare un intervento profilattico, preferibilmente la enteroanastomosi per la sua semplicità e benignità, nei soggetti nei quali, o per età o per altri fattori non dipendenti da l'accidente in atto, sarebbe particolarmente da temere la gravità di un ulteriore intervento per fatti occlusivi; a meno che il paziente non si trovi in condizioni tali, da imporre la condotta operatoria più semplice. Ma ogni qual volta si trovino lesioni già costituite che si giudichino capaci di realizzare uno ostacolo al transito enterico, quali aderenze che saldino fra loro, gomitandoli, segmenti intestinali, e che d'altra parte non appaiano facilmente e senza danno scioglibili; sia indipendentemente dallo strozzamento erniario, sia, e con più ragione, nel corso di quello, per la maggior facilità di produrre lacerazioni intestinali nei tentativi di liberazione delle aderenze e per la sovrapposizione di nuove acute alterazioni più o meno evidenti ed importanti, ma sempre sospettabili di successiva evoluzione progressiva ed idonee a peggiorare in definitiva le condizioni anatomiche presenti, sarà allora indubbiamente necessario un intervento diretto sul contenuto enterico dell'ernia, come profilassi di una giustificatamente prevedibile occlusione secondaria. Ancora una volta, non saranno da contrapporre enteroanastomosi e resezione; ciascheduno dei due interventi, con i vantaggi e gli svantaggi che su l'altro presenta, troverà le sue indicazioni: principalmente nelle lesioni che si rinvengono, e ne le condizioni generali del paziente. Se si considera tuttavia che, nel caso di ernie complicate da aderenze, spesso si tratterà di voluminose ed antiche ernie in soggetti non di rado con tare cardiopolmonari, anche indipendentemente dal conto che si vorrà e dovrà fare della gravità generica dello strozzamento erniario, del tempo di durata di quello, della entità dell'intervento nel caso di resezione, ed infine anche delle possibilità de l'operatore, crediamo che abitualmente sarà da ricorrere alla enteroanastomosi piuttosto che alla ectomia; ogni volta che non siano evidenti lesioni che impongano una opposta condotta operatoria.

***

Noi avemmo occasione di osservare una occlusione precoce, da stenosi anulare del tenue, consecutiva a strozzamento erniario; ed in altro paziente, portatore di una grossa ernia inguino-scrotale abitualmente incontenuta e spesso di difficile riduzione, rinvenimmo, alla chelotomia per strozzamento dell'ernia, lesioni enteriche aderenziali tali, da ritenere necessario un intervento atto ad assicurare la canalizzazione intestinale.

T. Giuseppa, di anni 66, residente in Firenze, casalinga. Il 20-11-930, viene operata per ernia crurale sinistra strozzata. Si rinviene un sacco del volume di una grossa noce, a parete spessa e con zone di necrosi, contenente solo scarso liquido siero-ematico. La tumefazione erniaria sarebbe comparsa solo quindici giorni prima dell'intervento, e fu sin dall'inizio irriducibile. Lievemente dolente nei primi giorni, in 7ª giornata i dolori si accentuarono, si diffusero a tutto l'addome e specialmente in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, sinchè, a due giorni dal ricovero in spedale, si aggiunsero al quadro il vomito e la chiusura dell'alvo. Si ricorse all'opera medica, solo poche ore prima dell'intervento. Non manovre di

taxis. Dopo la chelotomia, l'alvo si svuota con clisteri e la paziente non presenta alcun fenomeno degno di nota; sino al nono giorno. L'addome comincia allora a farsi meteorico, indi compare vomito biliare, ed in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, ove l'addome si mostra meno trattabile, e dolente, si rileva una zona di sonorità timpanica, nettamente distinta ed invariabile. Il 2-12, all'intervento laparotomico per occlusione intestinale, si trova su di un'ansa dal tenue una stenosi serrata dovuta ad un anello cicatriziale, in corrispondenza del quale l'intestino aderisce al peritoneo parietale del piccolo bacino. Liberazione dell'aderenza, enteroanastomosi. Nel decorso postoperatorio: alcune scariche diarroiche, non ematiche. Guarigione.

P. Leonello, di anni 42, da Campi Bisenzio, facchino. È ernioso da vari anni. L'ernia, abitualmente incontenuta, è spesso sede di dolori e difficilmente riducibile. Si opera il 3-11 del 1931, per voluminosa ernia inguino-scrotale destra, strozzata da quattro ore. Ernio-laparotomia. Lo strozzamento è in corrispondenza del colletto del sacco, che contiene scarso liquido siero-ematico. Sono erniate due anse del tenue: una breve, fortemente iperemica, sciolta; l'altra lunga, pure fortemente iperemica, con chiazze ecchimotiche sotto-sierose, e fatti di sclerosi, succulenza, forte ingorgo vascolare ed ecchimosi nel mesenterio, costituita dall'ultima porzione dell'ileo. Tale ansa è ripetutamente avvolta su sè stessa da aderenze fibrose e callose stenosanti, in modo che costituisce una grossa massa ovoidale. Non aderenze intestino-saccu1ari. Iniziale scivolamento del cieco, che si trova di contro la porta erniaria. Si pratica una entero-anastomosi latero-laterale, ileo-ileale, usufruendo del breve tratto che separa dal cieco la massa conglutinata. Chiusura a strati della parete, con ricostruzione a la Postemspki de la sezione inguinale. Guarigione con perfetta funzionalità intestinale. Anche un esame radiologico, praticato prima che il paziente lasci lo Spedale, mostra che l'intestino si svuota in tempo normale; senza far rilevare alcun particolare degno di nota.

Ernie e strozzamenti operati solo tardivamente si vedono ancor oggi, anche nelle grandi città; e con le possibili conseguenze che tale incuria comporta.

Tra queste sono da annoverare, pure essendo noti i restringimenti seguiti a strozzamenti di poche ore, le stenosi dell'intestino nelle varie loro forme.

RIASSUNTO.

L'A. riprende l'argomento, in genere anche per il passato trascurato, della profilassi operatoria de le occlusioni intestinali secondarie agli strozzamenti erniari; considerando principalmente quelle lesioni enteriche aderenziali e stenosanti che si possono stabilire anche indipendentemente da fatti di strozzamento, e per le quali spesso sarà necessario un intervento su l'intestino, inteso ad assicurarne la canalizzazione, nel corso della chelotomia. In tali casi, troverà la sua principale indicazione l'entero-anastomosi. Riferisce l'osservazione di un caso di stenosi secondaria precoce; e di una enteroanastomosi preventiva, praticata nel corso di una erniotomia.

BIBLIOGRAFIA.

BUMM. *Die äusseren abdominal Hernien*. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1931.

DELVAUX. *La sténose intestinale, consécutive à un étranglement herniaire*. Journal de Chir., 1932, t. XXXIX, n. 4, p. 517.

DONATI. *Chirurgia dell'addome*. U.T.E.T., 1914.

DUPLAY et RECLUS. *Trattato di Chirurgia* (Trad. it.). U.T.E.T., 1894.

FRANCOZ. *Les rétrécissements de l'intestin grêle, consécutifs aux hernies étranglées*. Thèse de Lyon, 1899.

GIORDANO. *Manuale di medicina operativa*. U.T.E.T., 1894.

ID. *Compendio di chirurgia operatoria*. Ibid., 1911

GÖBELL. *Ueber die Darmstenose nach Brucheinklemmung*. Deutsch. Zeitschr. für Chir., 1902. B. 67, p. 578.

GUIBÉ et QUÉNU. *Chirurgie de l'abdomen*. Masson. Paris, 1930.

HAASLER. Arch. f. Klin. Chir., 1903, Bd. LXXI, p. 652.

HELFERICH. *Ueber die Ausführung der Herniotomie beider Gangrän verdächtigem Darm*. XIX Congr. ted. di Chir., Zentr. f. Chir., 1890, p. 56.

LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*. Masson, 1926, Paris.

LEJARS. *Des rétrécissements tardifs de l'intestin, consécutifs à l'étranglement herniaire*. Soc. de Chir., 8 mars 1905, p. 261.

ID. *Chirurgie d'urgence*. Masson, 1926, Paris.

QUENU e COSTANTINI. *La résection intestinale dans la cure radicale de certaines hernies*. Revue de Chir., 1914, XXXIV, n. 4.

ROCHE. *Sténoses intestinales tardives, consécutives à l'étranglement herniaire*. Thèse de Lyon, 1906-7.

SCHULTZ. *Ueber Darmstenose infolge von Gangrän der Schleimhaut nach Incarceration von Hernien und Heilung derselben durch Enteroanastomose ohne Resection des Darmes*. Deutsch. Zeitschr. fur Chirur., 1898, p. 561.

ZANIBONI. *Patologia chirurgica delle resezioni e delle esclusioni intestinali*. Cappelli, Bologna, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

L'azotemia nei normali.

(A. ESCUDERO e R. A. IZZO. *Revue Sud-Américaine de Médecine et Chirurgie*, aprile 1932).

I tedeschi chiamano l'azoto totale non proteico del sangue *Reststickstoff*, che non si deve confondere con l'*azoto residuale* o *azoto non ureico*.

I francesi chiamano *azoto differenziale* la cifra ottenuta sottraendo dall'*azoto totale* quello *ureico*.

Gli italiani chiamano *azoto incoagulabile* l'*azoto dell'urea* ben differenziandolo dall'*azoto totale non proteico*.

I nordamericani sotto il nome di *azoto non proteico* comprendono tutte le frazioni azotate corrispondenti all'urea, agli amino-acidi, all'acido urico, alla creatina, alla creatinina, all'ammoniaca ed all'azoto indeterminato.

La mancanza di un'unica nomenclatura genera spesso confusione.

Certo che le denominazioni di azoto non proteico, incoagulabile o non precipitabile è praticamente inesatta in quanto che non è possibile ottenere un filtrato completamente libero di proteine.

Le valutazioni più esatte si possono ottenere solo con il dosaggio delle singole sostanze costituenti l'azoto non proteico.

Il tasso normale dell'*urea* subisce l'influenza delle variazioni fisiologiche. Aumento dopo i pasti e tanto più quanto più gli alimenti sono ricchi di sostanze proteiche. La privazione o la restrizione eccessiva di bevande, come la perdita considerevole di liquidi (sudore) aumentano il tasso di urea nel sangue. Lo stesso fenomeno producono gli esercizi muscolari.

Gli AA. hanno determinato il tasso dell'urea nel sangue di 465 individui normali, 199 uomini e 266 donne. Per il dosaggio dell'urea hanno adoperato il metodo all'ipobromito di Yvan su filtrato di Moog (acido tricloracetico) con ureometri al ventesimo.

Le medie ottenute sono state di 0.372 di urea ‰ negli uomini e di 0.353 nelle donne.

L'urea sanguigna aumenta con l'età e particolarmente dopo i trent'anni.

Il peso corporeo non ha alcuna influenza sul tasso uremico.

Il contenuto normale di *acido urico* nel sangue è influenzato da diversi fattori. Lennox ha dimostrato che il digiuno l'aumenta in proporzioni considerevoli per apporto endogeno.

L'ingestione di purine per via orale anche in grande quantità provoca negli individui normali un aumento leggero e transitorio dell'acido urico ematico. Tali conclusioni sono state confermate da Hoeffel e Moriarty e da Morgulis e Edwards.

Lo stesso Lennox riscontrò che la dieta senza purine produce una diminuzione dell'acido urico sanguigno.

Scaffidi e Rakestvow trovarono che il lavoro muscolare aumenta l'uricemia, che, secondo Delaunay aumenta anche dopo le emorragie.

Gli autori adoperando il metodo colorimetrico di Benedict su filtrato di Folin e Wu mediante reazione con l'acido arseno-fosfo-tungstenico in mezzo debolmente alcalino (cianuro di sodio), trovarono nei loro soggetti normali un tasso di acido urico oscillante tra 0,036 e 0,045 ‰.

La *creatinina* circolante nel sangue umano deriva dal metabolismo endogeno. Secondo Wu la sua distribuzione tra globuli rossi e plasma è ineguale: mmgr. 1,47 % nei primi, mmgr. 2,48 % nel secondo. Mentre altri autori (Bang, Wilson, Costantino, Bock e Hunter) affermano che è ugualmente ripartita fra i due elementi.

La creatinina aumenta in genere dopo l'anestesia e forse anche con il lavoro muscolare. Il suo contenuto nel sangue non è modificato o poco dall'alimentazione, il che si spiega con la sua origine endogena.

La ripartizione dell'azoto tra globuli e plasma è ineguale. Wu dà come medie: mmgr. 49.3 % nei globuli, mmgr. 28,8 % nel plasma.

Tenuto conto che l'azoto totale non proteico è la somma delle quantità di azoto contenuto nei composti precedenti, si comprende come tutte le modificazioni che si verificano nei singoli componenti danno ripercussioni su l'insieme. Il metodo di dosaggio più consigliabile è quello di Folin e Wu (dosaggio colorimetrico con il reattivo di Nessler). DR.

Bilancio acido-basico urinario.

(M. CHATRON. *Arch. des mal. de l'app. dig. et mal. de la nutrition*, giugno 1932).

L'analisi delle urine, quale la si pratica abitualmente, non dà alcuna indicazione precisa sul bilancio acido-basico urinario. L'importanza di un tale studio è stata per la prima volta messa in evidenza da Goiffon, il quale pensa che lo pH urinario dipende essenzialmente dagli acidi deboli (acidi organici e fosfati monometallici e acido carbonico) in parte liberi, in parte neutralizzati dall'ammoniaca o dalle basi fisse.

I vari metodi usati per il dosaggio degli acidi organici sono stati tutti criticati per la dubbiezza dei risultati e per il facile intervento nella ricerca di fattori estranei che falsano i risultati del calcolo stesso: così i metodi di Van Slyke, Lafargue, Greewald, coi quali la presenza nelle urine di albumina, di fosfato ammoniaco-magnesiaco, di sostanze tampone patologiche rende il dosaggio impossibile a effettuarsi correttamente.

È sembrato all'A. che lo studio del bilancio acido-basico urinario sia realizzabile mediante

un metodo che permetta di stabilire la seguente eguaglianza: somma degli ioni acidi = ioni acidi liberi + ioni acidi neutralizzati. Se si considera un'urina la cui acidità libera è dosata in presenza di fenolftaleina, che vira a pH 8,2, e se invece di esprimere in grammi, si esprime in milliequivalenti il tenore dei differenti elementi, sì da renderli paragonabili fra di loro, l'eguaglianza sudescritta si può trascrivere come segue:

m. equ. Cl' + m. equ. SO⁴'' + m. eq. PO⁴H'' + m. equ. acidi organici + m. equ. CO³H = m. equ. acidi liberi + m. eq. ammoniaca + m. equ. basi fisse.

A ciascuna di queste determinazioni corrisponde un metodo speciale di dosaggio.

L'interesse d'una tale analisi sarebbe di permettere, indirettamente, lo studio dell'equilibrio acido-basico dell'organismo.

È risaputo che la funzione ammoniogenetica del rene ha per scopo di assicurare la neutralizzazione parziale degli acidi da eliminare che non sono neutralizzati dalle basi fisse. Secondo Goiffon, dato che il 90-95 % dei fosfati monometallici possono restare nell'urina allo stato libero senza provocare un abbassamento eccessivo del pH, è naturale di pensare che la formazione di ammoniaca ha per scopo di neutralizzare la maggior quantità di acidi organici, affinchè il pH resti nei limiti fisiologici. Ma, d'altra parte, se l'eliminazione ammoniacale dipende dallo stato funzionale del rene e dalla riserva alcalina del soggetto, essa dipende anche dall'apporto acidogeno alimentare. Siccome l'eliminazione di ciascun elemento di cui ci si serve per il calcolo, dipende sopratutto dal suo metabolismo nell'organismo, lo studio del bilancio acido-basico urinario può assumere un reale valore solo a condizione di conoscere esattamente gli ingesti, ciò che è difficilmente realizzabile nella pratica corrente. Pur nondimeno, l'esame accurato dei risultati può permettere di svelare sia una acidosi; sia un difetto di ammoniogenesi, sia un'alcalosi, sia un'alcalipenia, conclusioni a cui non si può giungere con la sola misurazione del pH urinario.

Il fatto che questo sia basso, permette solamente di pensare che in uno o più momenti della giornata, si è avuta produzione subitanea o massiva di acidi, che sono stati eliminati insufficientemente salificati dall'ammoniaca, di cui si sa che la rapidità di formazione non si adatta immediatamente al tasso degli acidi da neutralizzare.

Secondo le indicazioni di Goiffon, l'*acidità totale* (ac. libero + ac. formolo), aumenta molto nella acidosi e diminuisce nell'alcalosi.

L'*acidità fosforica* varia secondo leggi assai complesse e ancora insufficientemente conosciute.

L'*acidità organica* è aumentata nell'acidosi e spesso anche nell'alcalosi manifesta per insufficienza di combustione. Quanto alle *basi fisse* esse possono aumentare nell'alcalosi e sorpassare i 100 milliequivalenti. Si può concludere che, se lo studio dell'equilibrio acido-basico urinario presenta qualche interesse in quanto risulta dall'insieme degli scambi interni, questo interesse è reale solo se l'interpretazione si basa su dei risultati analitici esatti.

G. LA CAVA.

La glicemia postprandiale e le sue reazioni.

(A. MATHIEU DE FOSSEY e J. ROUZAUD. *Bull. Acad. méd.*, 8 marzo 1932).

In un lavoro antecedente, gli AA. avevano assodato che, se la maggior parte degli individui presenta un aumento della glicemia due ore dopo i pasti (tipo diretto) ve ne sono altri che hanno invece un tipo inverso, cioè una diminuzione della glicemia stessa.

Ora si è esagerata la tendenza a stabilire un rapporto quasi matematico fra il contenuto di un pasto in idrati di carbonio e l'altezza della glicemia quasi che l'ipoglicemia sia un segno di carenza e l'iperglicemia un segno di abuso di idrati di carbonio.

Le nuove ricerche degli AA., fatte su individui tenuti a regime esattamente calcolato e procedendo giornalmente a 5 determinazioni di glicemia hanno dimostrato diversi tipi di reazione della glicemia postprandiale, distinguendosi nella normale anche delle variazioni quantitative.

Hanno così osservato quanto segue:

Reazioni dirette . .	70,1 %	77,0 %
Reazioni inverse . .	24,3 %	18,5 %
Reazioni nulle . . .	5,6 %	4,5 %

Il *tipo diretto normale* è indipendente dal regime; però, l'elevazione è più forte con un regime misto od a base di farinacei che con quello strettamente vegetariano e carneo. Con lo stesso regime, un individuo, diabetico o non, può avere delle ampiezze diverse di reazione, secondo lo stato della digestione o del sistema nervoso vegetativo.

Il *tipo forte*, con o senza discesa lenta o ritardata è più frequente negli individui congestivi del fegato o nei grandi ipostenici gastrici, con ptosi e simpaticotonia digestiva.

Il *tipo lento e progressivo*, debole e prolungato è più frequente del regime strettamente di farinacei o misto e sembra rivelare un'insufficienza pancreatica.

Il *tipo diretto con inversione secondaria* è caratterizzato da un'elevazione immediata con caduta rapida della stessa ampiezza dell'ascensione. Si verifica in individui in cui l'iperglicemia rapida è il risultato di fenomeni circolatori di congestione portale, che disturba o ritarda l'arrivo dell'insulina pancreatica nel torrente circolatorio; si ha poi una vera inon-

dazione di insulina, che determina un'ipoglicemia. Il tipo si realizza più spesso col regime carneo.

Il *tipo di reazione nulla* è abbastanza raro; si osserva specialmente col regime carneo, senza idrati di carbonio. Tale mancanza di elasticità della glicemia costituisce un fattore di gravità nei diabetici e si osserva in malati con arterite, di cui rappresenta un segno avvertitore quando lo si trovi con una glicemia vicina a 2 grammi senza glicosuria.

I *tipi inversi immediati* si hanno in individui con le caratteristiche di vagotonici digestivi, diabetici non con fegato piccolo, con reazioni colitiche, con disturbi riflessi ed accidenti anafilattici.

In essi, il pasto, specialmente carneo, determina un'eccitazione della secrezione insulinica; più forte è la caduta, maggiore è l'attività pancreatica, mentre l'ascensione secondaria indica una stanchezza del pancreas.

In complesso, la curva della glicemia postprandiale è certamente influenzata dalla composizione del pasto in idrati di carbonio e dall'associazione di questi con gli alimenti azotati che modificano l'atto digestivo.

Il modo con cui si compie la digestione gastrica, sia questa condizionata da disturbi gastrici funzionali (ptosi, ipostenia, iperstenia) o da uno squilibrio vago-simpatico o da una dispepsia secondaria, influenza di molto la curva glicemica postprandiale.

D'altra parte, i disturbi congestivi del fegato o del pancreas, il valore della secrezione insulinica sono fattori ugualmente capaci di modificarla.

Quindi, non soltanto il contenuto dei pasti in idrati di carbonio, fornisce la chiave per conoscere le reazioni glicemiche individuali.

fil.

ORGANI DIGERENTI.

Due osservazioni di tubercolosi gastrica.

(MAREGGIANI e VENTURA. *Rivista di patol. e clin. della tbc.*, 1931, n. 9).

Lo stomaco è raramente sede di lesioni tubercolari, di ulcerazioni nel vero senso della parola, non come nella interpetrazione dell'Hanau e del Gouraud: localizzazioni tbc. nello stomaco si possono ammettere verificarsi nell'1,2 % degli individui tubercolosi. Secondo Konjetzny alla tbc. gastrica si associa la tbc. polmonare nel 100 % dei casi, la tbc. intestinale nel 91,2 %, la tbc. renale nel 57,4 %, la tbc. delle linfoglandole nel 68,1 %, la tbc. splenica nel 44,7 %, e la epatica nel 72,3 per cento.

La tbc. dello stomaco può coincidere con un tumore dello stomaco.

I due casi descritti dagli AA. furono osservati nell'Istituto di Anatomia Patologica di Bologna.

Nel primo caso si trattava di una bambina di 11 anni deceduta per tubercolosi intestinale evoluta in sei mesi con dolori addominali, vomito, diarrea, con modica ed incostante febbre. Obiettivamente oltre alle immaginabili alterazioni della nutrizione e della sanguificazione non si metteva in evidenza che una difesa addominale, un aumento del volume della milza, dei fatti secchi a carico dell'apparato respiratorio. Alla necroscopia si ritrovò una broncopolmonite caseosa ulcerativa bilaterale, una enterite tubercolare con peritonite tubercolare; una tbc. caseosa delle linfoglandole ilari e polmonari e di quelle mesenteriche. Ulcera gastrica di sospetta natura.

Esame istologico di frammenti dell'ulcera prelevati dai bordi e dal fondo sebbene negativo per i bacilli di Koch (il preparato era stato fissato in formalina, parecchio tempo dopo la morte) fece notare nelle vicinanze del bordo dell'ulcera un aumento della infiltrazione linfocitaria, vasodilatazione capillare, desquamazione degli epiteli glandolari; infiltrati erano gli strati sottostanti alla muscolare; infiltrati follicolari di cellule rotonde, alcuni con necrosi, taluni con cellule giganti. Infiltrazioni e necrobiosi nel fondo dell'ulcera.

In conclusione l'esame istologico confermava la supposizione desunta dall'esame macroscopico, della natura tubercolare dell'ulcera. L'ulcera era situata sulla grande curvatura, prossima al piloro. L'origine più plausibile per l'ulcera in discorso era quella orale, con penetrazione dei germi direttamente nella mucosa, attraverso gli epiteli degli otricoli glandolari.

Il secondo caso riguardava una donna di 67 anni sofferente di disturbi gastrici da un anno: nausea per i cibi, dimagramento, astenia progressiva, tumefazione dell'addome, dolore nelle regioni laterali dell'addome, tardivamente vomito, senza alterazioni delle feci, senza febbre. Avendo la radiologia mostrato una retrazione della piccola curvatura, rimpiccolimento dello stomaco, ristagno gastrico, fu posta la diagnosi di affezione neoplastica diffusa. All'esame necroscopico si ritrovò una tubercolosi miliarica acuta del polmone, e delle sierose, una cronica peritonite adesiva, una perigastrite, pericolicistite, una gastrite ulcerosa, una enterite tubercolare ulcerativa, un'ulcera della piccola curvatura.

L'esame istologico dello stomaco fissato in toto non fece rilevare presenza di bacilli, ma mise in evidenza presenza di formazioni tubercolari caratteristiche. Il fondo della ulcerazione era costituito da una ghiandola aderente alla piccola curvatura e quasi interamente caseificata. E questo era il fatto più interessante: evidentemente, vagliando minutamente tutti gli argomenti in proposito si può concludere che in questo secondo caso la ulcerazione della parete gastrica sia avvenuta per propaga-

zione attraverso la sierosa di un processo tubercolare con caseificazione dei gangli linfatici perigastrici: le piccole ulcerazioni trovate sparse nella mucosa sarebbero state secondarie a recente disseminazione ematica di bacilli tubercolari, e presumibilmente anche dallo stesso focolaio caseoso dei gangli perigastrici, a livello della grande ulcerazione trovata nello stomaco. MONTELEONE.

La gastroduodenostomia laterale.

(F. CLAIRMONT. *Deutsch. Zeit. Chir.*, 1930).

L'A. ricorda i vari tipi di anastomosi duodeno-gastrica latero-laterale: la semplice anastomosi latero-laterale, la anastomosi previa esclusione del piloro alla v. Eiselsberg, la anastomosi latero-laterale previa resezione gastrica quale modificazione della Billroth I, proposta da v. Haberer (anastomosi sopravateriana), o da Winkelbauer-Starlinger, sottovateriana.

Egli nota come per i molti inconvenienti a cui danno origine non godano di tanto favore come al momento in cui furono proposte. La migliore di queste anastomosi è quella previa resezione; l'anastomosi semplice, la quale trova le sue indicazioni nelle ulcere duodenali, nelle stenosi e occlusioni croniche duodenali, presenta varii svantaggi che l'A. ricorda a proposito di tre suoi malati in cui fu praticata. E gli inconvenienti principali sarebbero il rigurgito della bile nello stomaco dalla neostomia, con grande frequenza di vomito, la frequenza con cui la neostomia funziona poco regolarmente, gli stiramenti sul duodeno. Dopo trequattro settimane generalmente questi disturbi (dimostrabili anche radioscopicamente) si dileguano, ma sono assai notevoli dapprima e causa di grande molestia al malato.

Pertanto l'A. raccomanda di riservare tale procedimento ai soli casi in cui pare strettamente indicato. V. GHIRON.

La motilità autonoma dell'appendice nell'appendicite.

(LAMOEN-BIEHL-LAUHER. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, vol. 234, pag. 490).

Gli AA. partono dalla considerazione che molto spesso in appendici croniche, le lesioni riscontrate all'operazione non bastano a giustificare il quadro clinico, che pure dipendeva dalla appendice, venendo esso a cessare in seguito alla appendicectomia. Prass ha raccolto 141 di tali casi in cui poteva stabilire il 60.3 % di guarigioni assolute dopo l'operazione. Che cosa può causare l'insorgenza di dolori in tali appendici anatomicamente sane? Gli AA. hanno pensato potesse trattarsi di dolori a tipo colico riferibili a contrazione dell'apparato muscolare dell'appendice, e si sono prefissi di esaminarne la motilità autonoma mediante esame radiologico e funzionale sull'organo asportato.

Già i radiologi avevano da tempo dimostrato una motilità autonoma dell'appendice. Si è visto che l'appendice si riempie passivamente sotto l'influenza della peristaltica del cieco e che poi però si può svuotare per forza propria. Con iniezioni di pilocarpina, il Westphal ha potuto dimostrare dei movimenti peristaltici dell'appendice. Si riavvicinerebbero più al tipo della peristalsi del crasso che a quella del tenue.

Westphal ritiene che si originino nel terzo prossimale: i terzi distali verrebbero ad avere il valore di un territorio di ristagno.

Secondo Westphal il dolore insorgerebbe per contrazioni violente di tale zona « antrale » dell'appendice, oltre che per la distensione acuta passiva.

Una tale contrazione porterebbe anche come conseguenza un ristagno di materiale (eventualmente tossico o infetto) nei 2/3 distali.

Le ricerche fisiologiche sono di più vecchia data: però solo nel 1927 Rössle ha esaminato metodicamente una serie di appendici tenute in liquido di Ringer sottoponendole a vari stimoli meccanici, elettrici e farmacologici. Egli dimostrava anche in questo modo una motilità attiva della appendice, sufficiente a svuotarla del suo contenuto. Tuttavia nè lui, nè altri autori che ne ripresero i lavori, poterono dimostrare una vera e propria peristalsi.

Su questa base di nozioni preesistenti, gli AA. intrapresero le loro ricerche, che si possono così riassumere:

1) *Reagibilità dell'appendice da appendicite cronica, anatomicamente normale in vitro, rispetto a stimoli a dosi omogenee.* — Anzitutto si notò che l'appendice, subito dopo la asportazione, si raccorciava. Le ricerche vennero intraprese mettendo l'appendice in soluzione di Tyrode oppure di Ringer, oppure conservandola a secco e sottoponendola a stimoli meccanici (tensione-torsione), elettrici e farmacologici (ormoni, adrenalina).

I risultati furono:

1) L'appendice, subito dopo asportata, presenta in liquido di Tyrode movimenti pendolari longitudinali non regolari.

2) Aggiungendo cloruro di Ca. o di potassio, l'appendice si raccorciava sensibilmente, pur mantenendo i movimenti pendolari.

3) Aggiungendo cloruro di magnesio o adrenalina si aveva una perdita immediata e completa sia del tono longitudinale che dei movimenti pendolari.

4) Stimolando elettricamente (corrente galvanica) si aveva una violenta contrazione che perdurava lungo tempo.

Cioè: l'appendice anatomicamente intatta da appendicite cronica clinica, presenta uno

stato di eccitamento motorio, che viene abolito da adrenalina e cloruro di magnesio.

2) *Reagibilità dell'appendicite infiammata acutamente.* — In questa serie le appendici asportate non mostravano movimenti pendolari spontanei, non reagivano a stimoli deboli e reagivano solo debolmente a violenti stimoli galvanici.

3) *Azione di tossine batteriche su apparati normali.* — Rispetto ad esse la motilità dell'appendice reagisce assai vivacemente.

4) *Reagibilità di appendici sede di vecchie appendiciti.* — Tali appendici rispondono pigramente ai vari stimoli.

5) *Azioni di narcotici.* — Questi agiscono paralizzando assolutamente l'appendice *in vitro.*

Nella seconda parte delle ricerche gli AA. esaminano la motilità autonoma dell'appendice studiata radiologicamente. Normalmente gli AA., d'accordo con Aschoff, non ritengono verosimile una vera peristalsi completa in condizioni normali.

Su animali gli autori hanno cercato di stimolare l'appendice meccanicamente in vario modo, ma avendo piuttosto azioni inibitorie che eccitative. Nell'appendicite acuta è impossibile un esame radiologico, però gli AA. suppongono una inibizione della motilità autonoma. Invece nella appendicite cronica essi hanno constatato vivacissimi movimenti pendolari come anche accorciamenti. Infine gli AA. constatano il fatto clinico della diminuzione e scomparsa di dolore in appendiciti leggere, in seguito a ingestione di adrenalina e atropina.

Gli AA. concludono che dalle loro ricerche e dai loro dati clinici e radiologici risulta come alterazioni della motilità della appendice siano intimamente legate alla sua patologia.

A. CALÒ.

Paralisi del n. ricorrente destro, segno iniziale di un cancro del terzo inferiore dell'esofago.

(ROGER BERTOIN. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 2 luglio 1932).

Un ammalato si presenta al medico denunciando un cambiamento di voce insorto da qualche giorno; all'infuori di ciò egli non si lagna di alcun altro disturbo e l'esame esterno rimane completamente negativo. Al laringoscopio si constata che la corda vocale destra è immobile sulla linea mediana mentre la sinistra ha una mobilità normale. L'esofagoscopia fa vedere sulla parete anteriore dell'esofago, a 29 cm. dall'arcata dentaria, una salienza non sanguinante, l'esame istologico della quale dimostra trattarsi di epitelioma spino-cellulare. Nei mesi consecutivi compare dimagramento, disfagia e gradatamente una paresi anche della corda vocale sinistra. La morte avviene per inanizione e cachessia.

Ora, se il cancro è a 29 cm. dall'arcata dentaria, il punto più basso del ricorrente sinistro rispetto all'esofago essendo a 23 cm., quello del ricorrente destro che abbraccia la succlavia per lo meno a 10 cm. più in sù del tumore primitivo, è evidente che la sola spiegazione possibile è quella di una propagazione cancerosa ai gangli che si trovano a contatto col nervo leso e nel caso in questione, alla « catena ricorrenziale » (Gougenheim, Leval-Piquechef). D'altra parte, dati i rapporti esistenti fra questi gangli e i linfatici dell'esofago, la marcia dell'infezione neoplastica è evidente.

Dal punto di vista curativo, la chirurgia ha indicazioni limitate e i suoi risultati sono tutt'altro che incoraggianti e lo stesso dobbiamo concludere per la radio e la roentgenterapia a distanza. Non resta che l'applicazione intracavitaria del radium che a seconda della tecnica ha dato spesso insuccessi ma in molti casi ha permesso di evitare o di ritardare la gastrostomia attenuando le turbe disfagiche e prolungando anche di molto la sopravvivenza.

Tuttavia la radioterapia dev'essere tentata solamente se si è in diritto di supporre che il mediastino è libero, che le glandole non sono invase, che la lesione è strettamente limitata all'esofago. Ci si deve quindi astenere se la radiografia mostra il mediastino un po' oscuro, se l'estremità del tubo endoscopico, non può mobilizzare l'esofago, se esiste un sintoma di propagazione estrinseca e specialmente una paralisi dei ricorrenti; si eviteranno così le statistiche disastrose e scoraggianti.

E. ANTONIAZZI.

Esofagotomia toracica posteriore.

(NEHR KORN. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pag. 133, 1931).

L'Autore riferisce di un paziente che aveva inghiottito un corpo estraneo che era rimasto conficcato nella parte media dell'esofago toracico, sotto la biforcazione. Riusciti vani i tentativi di estrarlo e comparsa febbre elevata si decise all'intervento praticato per la prima volta da Enderlen nel 1901.

Operazione a destra. Lembo muscolocutaneo dalla 3ª all'8ª costola. Resezione della apofisi trasversa e delle costole dalla 3ª all'8ª, spostamento all'esterno del polmone. Si rendono così evidenti i vasi del mediastino posteriore e l'esofago. Incisione di questo ed estrazione del corpo estraneo.

Chiusura parziale e drenaggio.

Residuò all'intervento una piccola fistola esofagea che si chiuse rapidamente.

P. VALDONI.

VASI SANGUIGNI.

Contributo alla terapia con iniezioni delle varici. Risultati immediati e a distanza.

(K. KETTEL. *Br. Beit. z. Klin. Chir.*, 154).

L'A. riferisce su 629 malati di varici curati con iniezioni sclerosanti da più di un anno.

Fu sempre usato il chinino-uretano 10 % che è indoloro e non dà così estese necrosi come il salicilato, qualora fuoriesca dalla vena.

La tecnica è stata la seguente: il p. è disteso su un letto; si applica un laccio da stasi per poter pungere le vene, quindi si toglie e, ad arto sollevato in alto, si iniettano in ogni punto 1-2 cc. di liquido, in totale 5 cc. per seduta. Si applica una fascia espulsiva che si fa portare per 4-5 giorni, quindi dopo 2 giorni si ripete la iniezione. Nei p. in cui non si ottiene la trombosi si ricorre alla tecnica di Mátyás consistente nel praticare l'iniezione ad arto ischemico. Il principio è quello di iniettare il liquido in vene per quanto è possibile vuote.

Furono così trattati pazienti con semplici varici (490) e pazienti portatori di ulcere (131) e di eczemi (8). Il risultato immediato nelle semplici varici fu eccellente, perchè nel 94,5 % dei casi si ebbe la guarigione, nel 2,5 % un evidente miglioramento.

Le varici complicate da ulcerazioni guarirono nel 75 % dei casi, migliorano nell'8,5 %; nessun effetto fu ottenuto nel 16,5 %; in quest'ultimo gruppo sono compresi 6 degli 8 casi di eczema, verso il quale la cura sclerosante si mostra per lo più inefficace.

Nel 3 % dei casi di varici non complicate non si ottenne alcun resultato; ma in 11 dei 14 casi esistevano condizioni sfavorevoli (pregresse flebiti, pregresse legature della safena, fratture etc.); solo in 3 casi non fu potuto riconoscere la condizione che frustrò l'effetto della cura.

Per i risultati a distanza, la cura sclerosante nelle varici non complicate non si mostra così promettente come nei risultati immediati, pur rimanendo sempre un magnifico mezzo terapeutico per queste affezioni.

Dopo un anno 91,5 % dei pazienti trattati sono privi di disturbi (contro 94,5 % alla fine della cura) ma ciò nonostante già 1/3 di essi presentano recidive di varici pur non avendone disturbi. Col tempo la percentuale dei malati privi di disturbi subbiettivi si abbassa e dopo 5 anni 1/3 dei pazienti stanno completamente bene e 1/3 sono migliorati in modo tale da non aver bisogno di fasce elastiche.

Di 94 pazienti con ulceri varicose che l'A. potè seguire a distanza, fra i quali 72 erano completamente guariti subito dopo la cura, 52 lo erano ancora dopo 1-5 anni, ma 43 di questi erano costretti a portare fasce elastiche. Degli 8 casi di varici complicate a eczema solo 1 dimostrava una guarigione duratura dopo 3 anni.

Confrontando tali resultati con quelli dei metodi di cura operatori l'A. ritiene i primi di gran lunga superiori e non crede nemmeno opportuno ricorrere a sistemi di terapia misti.

I risultati della terapia sclerosante potranno essere migliorati con accorgimenti tendenti specialmente ad impedire la recanalizzazione dei trombi e quindi a far questi quanto più sottili e resistenti è possibile.

P. STEFANINI.

Sulla possibilità di migliorare il circolo collaterale, dopo la legatura delle grandi arterie degli arti.

(CENCIAROTTI. *Annali Italiani di Chirurgia*, aprile 1932).

Allo scopo di ovviare o ridurre al minimo i pericoli che la legatura dei grossi tronchi arteriosi degli arti può determinare quando è seguita da fenomeni ischemici per insufficienza del circolo collaterale, l'A. propone l'iniezione di una sostanza vasodilatatrice, che provocando la dilatazione vasale provochi un maggior afflusso di sangue nel territorio dipendente dal vaso legato.

Con questo intendimento egli ha adoperato un preparato di nitrito di sodio — lo stenosan Erba — in fiale da 2 cc. Gli esperimenti furono eseguiti su cani e sui vasi dell'arto posteriore.

La tecnica seguita dall'A. è la seguente. Denudata per un tratto di circa 5 cm. l'arteria femorale, questa veniva legata nel tratto prossimale, e verso l'estremità distale del tratto isolato veniva passato un filo di seta al disotto del vaso per dominare con una trazione su di esso l'emorragia al momento dell'incisione dell'arteria. Quindi praticava al disotto della legatura una piccola incisione della parete arteriosa attraverso la quale introduceva una cannula di vetro con oliva terminale guarnita di un tubo di gomma: il tutto paraffinato.

Allentando il laccio il sangue usciva attraverso il tubo di gomma e veniva raccolto in una provetta graduata, oppure innestando il tubo a un manometro a Hg. si misurava la pressione del sangue prima e dopo un'iniezione in circolo di una fiala di stenosan.

Da queste esperienze l'A. conclude che dopo la legatura di un tronco arterioso di un arto la quantità di sangue circolante nelle arterie di questo, può aumentare notevolmente sotto l'azione del nitrito di sodio, e ciò per un aumento del letto della rete collaterale sulle cui pareti agisce il farmaco provocandone la dilatazione.

S'intende che in pratica per poter ricorrere all'azione del nitrito di sodio con vantaggio, bisogna che le arterie siano sane e capaci di dilatarsi.

A. CALCAGNI.

MISCELLANEA.

Affezioni sinusali e complicazioni in rapporto alla clinica generale.

(ALTERI. *Il Morgagni*, 17 luglio 1932).

I mezzi di diagnosi delle affezioni sinusali sono in questi ultimi anni notevolmente aumentati ed alla antica transilluminazione dei seni possiamo oggi aggiungere la radiografia, sia semplice che previa iniezione di lipiodol, l'esame citologico e batteriologico del liquido di lavaggio.

Parlando della sintomatologia è interessante richiamare l'attenzione su manifestazioni le quali, interessando o coinvolgendo organi o sistemi prossimi, possano presentare un quadro clinico che, a prima vista e talvolta anche dopo ponderato esame, faccia fuorviare dalla retta diagnosi. Si intende alludere alle manifestazioni oculari: ci sono sinusiti, il cui quadro sintomatologico è prevalentemente oculare. Esse concernono prevalentemente il seno frontale e l'etmoidale, più di rado quello sfenoidale e mascellare. Mentre, in modo latente, quasi misconosciuto, decorre allora la sinusite il quadro clinico è dominato dalla neurite ottica retrobulbare, dalla dacrioetmoidite, ascesso orbitario, irido-cicliti. Disordini visivi vari: da un modico scotoma centrale alla grave diminuzione del *visus*. In queste sinusiti latenti, manifestantesi soltanto con lesioni di vicinanza, l'influsso partente dai seni è trasmesso dall'essudato purulento.

Dal frontale, vuotandosi attraverso le pareti superiori dell'orbita, le raccolte purulente danno seguito all'ascesso o flemmone retrobulbare; od a tendenza verso la palpebra, quando il tramite si apra a livello del contorno orbitario, o verso la parete anteriore del seno. Il seno etmoidale agisce prevalentemente, o verso la anteposta parete orbitaria, spostando da lato il globo oculare, o ancor più verso il sacco lacrimale, con segni di pseudodacriocistite.

Il seno mascellare, situato più in basso, non si svuota verso l'orbita, ma tende a diffondersi per contiguità di tessuti. Peraltro la simultaneità, e più spesso la successione della flogosi ai componenti sinusali e al contenuto dell'orbita trovano la loro esplicazione nei rapporti tissurali e vascolari reciproci.

Le forme di sinusite che più frequentemente danno manifestazioni orbitarie sono le forme purulente, le quali, per diretta propagazione della flogosi attraverso la parete ossea, progressiva tromboflebite delle vene perforanti, metastasi ematogene, danno origine a periostiti, ascessi sottoperiostei, reazioni flemmonose del cellulare retrobulbare. Tra le alterazioni oculari più importanti sono da porre quelle a carico del nervo ottico, particolarmente in correlazione con le affezioni dei seni accessori posteriori. Questo interessamento del nervo ottico può passare dai disturbi più lievi, dovuti all'edema collaterale, alle conseguenze flogistiche più gravi, quali le larghe zone di rammollimento e di necrosi.

Definire la genesi rinologica di un'affezione orbitaria richiede dunque non solo un preciso esame rinologico, ma anche il concorso dei mezzi ausiliari del laboratorio specializzato. È dunque opportuno che il pratico riconosca precocemente queste sindromi talvolta così ingannatrici, affinchè l'intervento tempestivo del chirurgo specialista possa salvare il paziente da guasti maggiori ed irreparabili, che rendono inutile o gravemente demolitore l'intervento chirurgico. G. LA CAVA.

La parte chirurgica della "purpura abdominalis„.

(E. SEIFERT. *Br. Beit. z. Klin. Chir.*, 154, 4).

La *purpura abdominalis* può avere importanza chirurgica più di quanto non si creda generalmente. Tale affezione decorre con crisi di dolori addominali, emorragie gastriche e intestinali, che possono simulare un'appendicite o un'invaginazione; d'altra parte un'invaginazione può veramente andare unita alla porpora addom. Si può pensare che le contrazioni spastiche dell'intestino, causa dei dolori, le cui pareti sono infiltrate di sangue, producano con facilità un'invaginazione.

L'A. ricorda alcuni casi comunicati recentemente da Knoflach nei quali invece dell'appendicite diagnosticata, furono rinvenute all'intervento emazie sottosierose nell'ileo e del cieco. Tali casi sono da riportare al quadro della *purp. abdom.*

L'A. comunica poi 3 casi personali; in uno fu fatta diagnosi di appendicite e fu trovato il suddescritto reperto; nel secondo, riconosciuto come *purpura abdominalis* già clinicamente, si intervenne nel sospetto di un'appendicite o di un'invaginazione e furono trovate emorragie nella parete intestinale, che avevano prodotto una specie di occlusione la quale aveva dato luogo a fenomeni intestinali acuti. Il terzo caso infine mostrava la non rara unione della porpora coll'invaginazione ileo-cecale. Il successo operatorio fu seguito da morte, dovuta a emorragie sottoendocardiche presso i centri di eccitamento del cuore. P. STEFANINI.

Il valore clinico della magnesiemia per la diagnosi di cancro.

(E. GIOVANNONI. *Rass. Clin., Ter. e Scienze affini*, maggio-giugno 1932).

Gli studi sull'influenza della somministrazione di sali di magnesio sull'organismo e sull'azione molteplice che questi sali spiegano

sull'organismo stesso risalgono al 1915 e sono opera precipua del Delbet, che è in seguito divenuto strenuo propugnatore della teoria, da lui stesso elaborata, della stretta dipendenza fra contenuto in Mg. dell'organismo e neoplasie. Gli effetti del Mg. si esplicano, secondo i risultati delle ricerche di Delbet e della sua scuola, con un aumento della attività cellulare; col Mg alle cellule viene fornito un elemento di capitale importanza. Il Mg. infatti guarirebbe delle vere lesioni, così le verruche, certi papillomi, e Carnot riferisce un caso di poliposi rettale guarito col Mg. In tutte queste affezioni le cellule sono alterate, la loro evoluzione è anormale. La guarigione di questi morbi si può verificare o per la distruzione o per l'evoluzione regressiva delle cellule alterate; e di quest'ultima opinione è appunto il Delbet. Siccome le lesioni testè accennate sono appunto lesioni precancerose, si può anche pensare, dice Delbet, che il Mg. eserciti un'azione preventiva sul cancro.

Lo studio dell'azione del cloruro di Mg. sui carcinomi innestati ai topi ha dimostrato che questa azione si esplica sempre con un rallentamento nella evoluzione dei tumori, azione che però è d'intensità variabile nei singoli casi, appunto perchè la sensibilità degli animali di fronte al Mg. è varia: e quindi vi sono cancri magnesio-sensibili e cancri magnesio-resistenti. I tumori sotto l'influenza del Mg. perdono la proprietà di essere trapiantati. Dopo tre, quattro passaggi in animali magnesizzati, i tumori si estinguono, perchè gli innesti non attecchiscono, mentre è sempre possibile il trapianto di carcinomi negli animali controllo. Lo studio istologico ha dimostrato che negli animali magnesizzati non si ha una distruzione delle cellule tumorali, le quali non vengono uccise, ma si ha una modificazione regressiva delle cellule stesse, che perdono l'attitudine ad attecchire nei successivi trapianti, avendosi, in conclusione, una modificazione in senso regressivo degli elementi tumorali alterati. Il Delbet, considerando questi risultati, fa un trattamento magnesiaco prima e dopo l'operazione e crede di poter ritardare di molti anni l'apparizione delle recidive.

I tumori magnesio-resistenti invece, presentano un arresto momentaneo di sviluppo e poi evolvono ulteriormente. Il Delbet conclude che non crede nella possibilità di una terapia chimica dei cancri in atto, ma è d'opinione che bisogna tentare una terapia di ordine profilattico cercando d'impedire il primo apparire del cancro. Secondo il suo concetto non è la carenza di Mg. che è la causa del cancro, ma è invece la saturazione dell'organismo con Mg. che si oppone all'azione delle numerose cause del cancro.

Un'altra prova dell'azione anticancerosa del Mg. è quella geografica: e noi abbiamo già riferito in un precedente numero di questo giornale la comunicazione di Delbet all'Accademia di Medicina sulla rarità del cancro in Egitto.

Associate alla cura preventiva con il cloruro di Mg. non vanno dimenticate le principali cause che conducono ad un minore apporto di Mg. all'organismo onde evitarle. Fra gli alimenti che conterrebbero in maggior copia i sali di Mg devesi ricordare il comune sale grigio da cucina ed il pane. L'azione benefica esercitata dal Mg sul sistema nervoso, sull'apparato neuro-muscolare, sull'epidermide e suoi derivati, sulle funzioni digestive e le altre molteplici azioni biologiche di questo sale fanno pensare che l'umanità intera manchi di Mg e che la causa di questo mancato apporto sia da ricercarsi principalmente in una alimentazione incongrua. Partendo da queste premesse l'A. ha voluto ricercare se esistesse un rapporto tra la magnesiemia e i carcinomi, e nello stesso tempo ha ricercato la magnesiemia nel siero di sangue dei tubercolotici e dei luetici per vedere se vi fossero analogie nel comportamento della magnesiemia in queste tre affezioni morbose. Il dosaggio del Mg. nel siero di sangue di 10 individui perfettamente sani ha dato una media di valori oscillanti fra mgr. 2 e Mgr. 2,5 %. In 7 carcinomatosi, prima della terapia, ha sempre trovato una diminuzione di Mg. nel siero di sangue, meno in due casi.

Dei 5 casi trattati con la radiumterapia, due non presentarono alcuna variazione nella magnesiemia, mentre tre casi presentarono valori aumentati. Due casi non sottoposti ad alcun trattamento presentarono, uno magnesiemia invariata, l'altro diminuzione di essa. In 8 casi di carcinomatosi trattati operativamente si ebbe in tutti una diminuzione della magnesiemia, meno che in un solo caso. Se vi era un aumento della magnesiemia questo era soltanto temporaneo e dopo un determinato periodo di tempo dall'intervento, il valore del Mg del siero di sangue ridiscendeva sotto alla norma. In sostanza i risultati delle ricerche dell'A. confermerebbero le vedute del Delbet: lo studio del Giovannoni sarà una pietra di più da aggiungere nella faticosa costruzione di questa teoria, che pur essendo già in campo da vari anni, non è riuscita ancora a trarre dalla sua parte il consenso e la fiducia degli studiosi.

G. LA CAVA.

Le cisti congenite del mediastino.

(SUSSI. *Annali Ital. di Chir.*, dicembre 1931).

L'A. fa una rapida rassegna della patologia delle cisti congenite del mediastino, entità morbosa alquanto rara ma la cui conoscenza si impone al chirurgo per il fatto che esse per la loro evoluzione e per la regione in cui si

svolgono producono spesso fenomeni di compressione che richiedono l'intervento chirurgico.

Da uno studio riassuntivo di Carrik del 1929, l'A. rileva che risultano consacrate alla letteratura 126 osservazioni di cisti congenite del mediastino, ivi comprese tanto quelle cliniche quanto quelle anatomo-patologiche.

Dal punto di vista anatomico, istologico ed embriologico l'A. divide le cisti congenite del mediastino in cisti dermoidi vere e proprie, derivanti unicamente dal foglietto ectodermico, ed in cisti di struttura più complessa nelle quali si scorgono i derivati di tutti e tre i foglietti blastomerici, e che perciò l'A. chiama teratomi.

Per quanto riguarda la sede e i rapporti che queste cisti possono contrarre con gli organi del mediastino, le divide in: 1) C. cervico- retrosternali; 2) C. retrosternali; 3) C. mediastino-toraciche mediane o laterali.

La sintomatologia è dominata dai fatti di compressione esercitata su gli organi mediastinali, come dispnea, edema, turgore della giugulare, dolori irradiantisi verso la spalla. Possono esistere anche sintomi pleurali o cardiaci che spesso inducono in errori diagnostici. Solo un sintoma può ritenersi caratteristico ed è l'espettorazione di detrito dermoidale frammisto a peli. Ma questo è un reperto rarissimo che nelle 126 osservazioni pubblicate è stato rinvenuto solo 9 volte. L'indagine radiologica invece può essere molto utile se mette in evidenza un'ombra mediastinale con margini netti, priva di pulsazioni nè capace di spostamenti con l'atto della respirazione e della deglutizione.

Gli interventi chirurgici eseguiti in casi di cisti congenite del mediastino sono in tutto 38 di cui solo 13 possono ritenersi radicali essendo gli altri limitati a semplice apertura e svuotamento. In Italia pare che esista un solo caso operato radicalmente da Bastianelli nel 1893.

Il caso riferito dall'A., che perciò sarebbe il secondo di intervento radicale eseguito in Italia, riguarda una contadina di 30 anni la quale da circa 3 anni, dopo un parto, aveva cominciato ad avvertire disturbi sotto forma di dispnea ai più piccoli sforzi. Da 14 giorni questi sintomi si erano aggravati e vi si aggiunsero degli acccessi di tachicardia con indebolimento generale.

All'E. O. notavasi al torace anteriormente a destra della linea mediana due dita al disotto del manubrio sternale, la presenza di un'ottusità che in basso si perdeva nell'ottusità epatica, e medialmente in quella cardiaca. Radiologicamente nel mediastino si scorgeva una grande ombra opaca appoggiata al pericardio tanto che non si riusciva a stabilire il contorno dell'orecchietta e del ventricolo de-liquido nel mediastino e si praticò una puntura esplorativa che dette esito a circa 30 cc. di liquido giallastro molto torbido, con presenza di frammenti di una materia biancastra. Si fece diagnosi di pleurite saccata ed ottenuto con riposo e cure adatte un certo miglioramento l'a. fu dimessa.

Senonchè dopo un anno la paziente rientra in ospedale accusando forte dispnea e disturbi di circolo. Obbiettivamente le condizioni sono invariate se si eccettua un lieve aumento dell'aia di ottusità. Una nuova puntura permette di estrarre 100 cc. di liquido torbido lattescente contenente detriti di colesterina. Si decide l'intervento e si pratica un taglio ad U rovesciato sulla III^a-V^a costola con convessità sulla parasternale Destra. Si resecono le costole e si rovescia all'esterno il lembo costo-muscolo-cutaneo.

Divaricati i margini della ferita e incisa la pleura si rinviene accanto al polmone un tumore della grandezza di due pugni di uomo che si potè enucleare dopo avere isolato e legato un peduncolo che congiungeva il tumore con il pericardio. Il decorso post-operatorio fu ottimo e l'ammalata potè essere dimessa in 20^a giornata.

Il tumore pesava 640 grammi e misurava 13 cm. in lunghezza e 28 di circonferenza massima. Internamente si componeva di due o tre cavità cistiche ripiene di liquido citrino torbido nel quale si rinvennero dei peli.

L'esame istologico dimostrò che la parete presentava una struttura identica a quella del tessuto cutaneo, e si notava inoltre un complesso di ghiandole alveolari del tipo delle ghiandole sebacee fra cui spiccavano dei bulbi piliferi. Fra queste formazioni spiccavano inoltre del tessuto fibro-cartilagineo, elementi nervosi e tratti di tessuto grassoso. A. CALCAGNI.

PROBLEMI DISCUSSI.

Le attuali controversie sul siero antidifterico.

A. Filippini (*Ann. d'Igiene*, luglio 1932) ha preso in esame, con ampiezza e copiosa documentazione, il grave problema, considerandolo sotto un triplice aspetto: sperimentale, statistico e clinico. Dell'interessante rivista ci limitiamo a riportare le conclusioni.

La sieroterapia antidifterica si è imposta rapidamente con generale consenso, pur avendo sollevato in tutti i tempi dei contrasti, che si sono rinnovati ed acutizzati ad ogni recrudescenza epidemica della difterite, quasi che in tali periodi il siero si riveli impari al compito suo.

Sta di fatto che nelle forme singolarmente gravi, chiamate ipertossiche, nelle quali la tossina specifica sembra prodursi in grande quantità e appare dotata di così eccezionale po-

tere da fissarsi con grande rapidità sugli elementi cellulari, l'impiego del siero resulta, in generale, troppo tardivo. In questi casi, la sieroterapia antidifterica riserba effettivamente delle delusioni o dei successi rari.

Ma in tutte le altre forme comuni, anche se gravi e maligne, l'uso del siero ha dato sempre e continua a dare, praticamente, resultati innegabili.

Perciò, fino a quando non si sarà trovato contro la difterite un rimedio di maggiore efficacia, il siero antidifterico rimane ancora il solo presidio veramente specifico, sul quale sia possibile fare assegnamento. Purchè, come ha bene avvertito testè E. Roux, si intervenga al più presto e in misura generosa, tenendo sempre presente che l'antitossina agisce sovratutto in modo preventivo, impedendo cioè la ulteriore diffusione del veleno specifico. La sua azione è inefficace, allorchè s'impiega tardivamente, quando cioè un'intossicazione grave dell'organismo è già avvenuta!

È consigliabile di continuare lo studio obbiettivo del problema, mediante il laboratorio, le statistiche, la clinica.

Queste conclusioni coincidono in larga misura con quelle cui è venuta, per quanto concerne la sieroterapia antidifterica, la riunione di clinici e immunologi tenutasi a Perugia, riportate nello scorso numero. Si è dunque oggi ad un accordo sulle linee generali. A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. Ciampolini. *Il trauma nella etiogenesi delle malattie.* (Rapporti clinici e medico-legali). Prefazione del prof. C. Frugoni. Roma, L. Pozzi. Un vol. in-8° di pag. 540. Lire 52.

Sottoscrivo pienamente a quanto scrive Ciampolini «sulla necessità che l'infortuniologo sia sovrattutto un clinico, altrimenti la sostanza speciale della sua dottrina è di per sè poca cosa di fronte ai vasti problemi di cui deve giudicare ». È quel che io ho insistentemente sostenuto per tanti anni con vario successo, che non mi ha fatto mai ricredere nè scoraggiare, soprattutto pensando che, proprio per questo, di un uomo superiore come il Borri un suo giudice assai inferiore aveva osato dire — con spirito di pessima lega — che il suo avvento in una certa università sarebbe stato un infortunio! La stupidità della freddura bollava l'infelicità della tesi!

Ciampolini giustamente dice che nel campo dell'infortunistica chi non è clinico « potrà bensì possedere abili metodi argomentativi e deduttivi, ma non avrà affatto gli elementi su cui il suo raziocinare e il suo concludere possano liberamente muoversi... S'impone, dunque, un ben inteso addestramento alla clinica: se no il fenomeno biologico — essendo male in luce — difficilmente si attaglia al costrutto giuridico ». Io non ho mai compreso come si possa prospettare un qualsiasi giudizio o provvedimento medico-legale senza una preventiva diagnosi sicura e precisa; e come possa, con sorprendente faciloneria anche dove si sente impacciato un clinico provetto, pretendere di fare una diagnosi chi non ha la preparazione nè i mezzi per farla.

Con questi concetti imprende la sua trattazione Ciampolini, il quale dopo una parte generale, che tratta delle causalità morbose e della configurazione giuridica della lesione da infortunio e della malattia professionale, dedica parecchi capitoli alle lesioni da sforzo e quindi a quelle da traumi.

E soprattutto dove può portare il frutto della propria diretta osservazione Egli fornisce copia di argomentazioni ed acume d'esame veramente notevoli, perchè Egli è ben preparato ed allenato per questi studii ai quali ha sempre dedicato un'attività feconda ed uno spirito sagace per cui esamina anche i documenti bibliografici con una critica serena e penetrante.

Luigi Ferrannini.

G. Durand e M. E. Binet. *La Typhlo-cholécystite.* Un vol. in-16° di 152 pag. Masson et C.ie, ed. Paris. Prezzo 16 fr.

La tiflocolecistite è costituita in gran parte da quei casi che venivano un tempo designati sia come coliti destre, sia come accidenti biliari nel corso di enteriti, sia infine come entero-coliti aggravate da litiasi epatica. Il dominio di questa malattia, lungi dall'essere limitato al cieco, da un lato, ed alla cistifellea dall'altro, ingloba la totalità del colon e delle vie biliari extraepatiche. Malattia quindi bipolare che unisce l'insieme cieco-appendicolare e quello biliare con accidenti intestinali ed epato-biliari, simultanei od alternanti.

Si comprende, pertanto, tutto l'interesse diagnostico e — di conseguenza — terapeutico che presenta lo studio di questa malattia, fatto dagli AA. usufruendo di tutti i dati della clinica, della radiologia, degli esami di laboratorio. Investigati i problemi etiopatogenetico, diagnostico e prognostico, trattano quello terapeutico, sia medico (in cui ha grande importanza il trattamento idrominerale), sia quello chirurgico, di cui è perentoria la necessità nelle forme acute, mentre in quelle croniche, le indicazioni operatorie debbono passare al vaglio di una critica severa, quale l'espongono gli AA. sulla base di fondata esperienza.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

B. VALVERDE. *Archivos de vias urinaias.* Rio de Janeiro, 1931, II volume.

A distanza di un anno dal primo, l'Archivio delle vie urinarie di Valverde esce ora per la seconda volta. Lo scopo che l'autore si proponeva è stato perfettamente raggiunto. Valverde, difatti, nella sua simpatica e calda prefazione, si augura che la pubblicazione dei lavori propri e di quelli dei suoi allievi attragga l'interesse degli studiosi della specialità sulla produzione scientifica brasiliana.

Difatti, oltre che sulla decorosissima veste tipografica (carta, tipi, riproduzioni, tricromie di primo ordine), l'attenzione del lettore è portata su tutti i lavori, ma in special modo su quelli sulla sifilide vescicale che qui da noi capita piuttosto raramente di vedere. Nel riparto urologico dell'A. vengono sistematicamente cistoscopizzati tutti i malati. Questo spiega come sia stato possibile scoprire numerosi casi di lue ereditaria tardiva della vescica, e di leucoplasia d'origine sifilitica. Tutti lavori, il cui testo è ridotto al vero indispensabile, sono accompagnati da numerose ed eloquenti figure. Altre interessanti pubblicazioni riguardano le affezioni del veru, la ricerca del PH urinario, la riflessoterapia praticata assai spesso con successo nell'incontinenza urinaria. L'interesse quindi dell'Archivio è internazionale. E. MINGAZZINI.

J. A. LIÈVRE. *L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques.* Vol. in-8°, di pagine 390, Masson et C., Paris, 1932. Fr. 60.

Malgrado i risultati acquisiti dalle paratiroidectomie per affezioni ossee, così importanti sia dal punto di vista teorico che pratico, numerose oscurità persistono ancora sulla questione dell'iperfunzionamento paratiroideo.

L'A. al fine di stabilire su basi fisiologiche la nosologia ossea, porta una nuova classificazione delle distrofie ossee diffuse, considerando sotto il nome di osteosi paratiroidea un gruppo di lesioni provocate da adenomi paratiroidei, fino ad ora descritte con denominazioni varie, e rispondenti più che altro, al polimorfismo dei segni che le rivelano.

I quadri antichi dell'osteomalacia, dell'osteite fibrosa di Reklinghausen sono in tal modo revisionati e sostituiti da aggruppamenti a definizione precisa.

Si trova pertanto in questo lavoro uno studio critico dettagliato di tutte le constatazioni fatte sull'apparato paratidoideo nel corso di osteopatie ed una disamina delle obiezioni che possono essere fatte alla teoria dell'iperfunzionamento paratiroideo.

L'A. ha potuto così circoscrivere in maniera netta l'osteosi paratiroidea, caratterizzata essenzialmente dalla mobilizzazione del calcio dello scheletro verso le parti molli e gli organi di escrezione in ragione di un adenoma paratiroideo. L'A. insiste non solamente sui segni clinici e radiologici delle lesioni ossee, ma sopratutto sui segni extraossei della malattia, che interessano tutti gli altri apparati (cuore, reni, tubo digerente, sistema neuro-muscolare ecc.) e che realizzando alcune volte forme assai atipiche, pongono la diagnosi di affezioni viscerali primitive.

I problemi teorici sono del pari sviscerati: vi si trova infatti lo studio dei differenti tipi di cellule paratiroidee e del loro rispettivo significato, delle reazioni paratiroidee alle lesioni dello scheletro, dell'intossicazione paratiroidea sperimentale, ecc. L'importanza degli elementi ossei, mieloplassi, cellule ossee, fibroblasti nell'evoluzione formatrice o distruttrice dello scheletro, il meccanismo dell'azione paratiroidea e della produzione dei sintomi dell'osteosi paratiroidea sono ugualmente presi in considerazione.

L'A. tuttavia non ha trascurato le deduzioni pratiche ed infatti a proposito della diagnosi passa in rassegna tutte le distrofie ossee, m. di Paget, osteomalacia, cisti ossee, osteite fibrosa, ecc., discutendo sopratutto i tumori maligni; a questo proposito egli descrive anche alcune affezioni ossee ancora poco conosciute quali la disostosi ipofisaria, il mieloma, il reticolo sarcoma del midollo osseo (sarcoma d'Ewing), ecc.

L'opera è completata da un indice bibliografico assai esteso e da moltissime radiografie.

A. POZZI.

R. MAROTTA. *Manuale di tecnica medica moderna* (*La chirurgia del medico*). II edizione Un vol. in-16° di 208 pag. Casa ed. Idelson, Napoli. Prezzo L. 22.

Il medico, specialmente quello giovane, pure avendo buone cognizioni scientifiche, rimane talora imbarazzato di fronte ad alcune applicazioni terapeutiche, che esigono la conoscenza di una certa tecnica sia pure elementare, ma che deve essere seguita anche nei minimi particolari per essere sicuri di una buona riuscita. Opportunamente, l'A. ha qui riunito la maggior parte di tali tecniche: iniezioni, fleboclisi, coppette, ascesso di fissazione, punture esplorative, pneumotorace artificiale, estrazione di corpi estranei, cateterismi, lavande gastriche, cura della linfoadenite tubercolare, iniezione intracardiaca, ecc. L'esposizione chiara e concisa, evidentemente basata sulla lunga pratica, fa sì che il libro costituisca una buona guida per il medico. *fil.*

I. ANTONINI. *Bocca sana, bocca bella. Norme pratiche di igiene della bocca e dei denti.* Un vol. in-16°, di 190 pag., con 52 fig. e 2 tav. a colori. U. Hoepli, Milano, 1932. Prezzo L. 12,50.

L'importanza di aver cura della bocca e dei denti viene sempre più riconosciuta anche da noi; lo dimostrano le numerose pubblicazioni

che tendono a volgarizzare le nozioni di igiene su questo argomento.

Questa del dottor Antonini è semplice, chiara e bene esposta, col sussidio anche di buone figure, alcune delle quali anche amene e che sono quanto mai adatte per fissare l'attenzione del pubblico ed imprimersi nella mente. Un po' di storia sulla cura dei denti, l'importanza estetica (un sorriso di diva cinematografica allieta queste pagine non lontano da un lugubre teschio) e l'utilità sociale della bocca e dei denti. Si occupa dell'anatomia, fisiologia e patologia di questi, delle cure preventive, della pulizia, l'applicazione di apparecchi, ecc. tutte nozioni esposte con forma persuasiva ed utili non alle sole lettrici a cui il libro è dedicato, ma a tutti quelli che hanno cura della gioventù, nonchè ad ognuno per proprio uso ed istruzione personale. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VIII Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

(6-9 settembre 1932).

Svoltasi nelle due città dell'Aja e di Amsterdam, questa conferenza ha riunito una gran folla di partecipanti (circa 700), fra cui numerosi i congressisti dei Paesi Bassi (150) e della Francia (160) e largamente rappresentati l'Italia (circa 70), gli Stati Uniti, la Germania, il Belgio, ecc.; complessivamente 33 nazioni, tutte interessantisi all'importante problema della lotta contro la tubercolosi. La lingua italiana è stata ammessa fra le lingue ufficiali del Congresso e tutti i nostri parlarono in italiano.

L'inaugurazione ebbe luogo nella gran « Sala dei Cavalieri » dell'Aja, alla presenza della Regina Madre e del Principe Consorte, allietata dai canti di una società corale, che aveva incluso nel programma anche un magnifico pezzo di Palestrina. Sontuosi i ricevimenti, specialmente quelli di Scheveningen e di Amsterdam. Ottima l'organizzazione del Congresso che, fra l'altro, ha provveduto con grande sollecitudine a far copiare al Cyclostile i sunti di tutte le comunicazioni.

Sulla complessa questione dei *Rapporti fra allergia ed immunità*, si è avuta la relazione di J. Bordet e le correlazioni di H. Aldershoff, S. Lyle Cummins, J. De Daranyi, R. Debré, K. A. Jensen, R. Kimla, B. Lange, D. Ottolenghi, A. Wallgreen e W. Ch. White. Non si può dire, però che la Conferenza abbia portato in proposito delle idee nettamente chiarificatrici. Le opinioni più disparate e contraddittorie vi sono state esposte. Un punto della questione che è stato messo in rilievo da diversi OO. è quello dell'importanza della costituzione nel determinismo dell'allergia e dell'immunità, importanza che, come ha rilevato il sen. Maragliano, è stata affermata per prima dalla scuola italiana, come pure italiane sono le ricerche le quali dimostrano che il movimento di difesa dell'organismo è in rapporto con l'elaborazióne di fermenti specifici dovuti alla presenza dei bacilli, fermenti che producono la desintegrazione dell'albumina di questi fino agli aminoacidi.

La questione dei rapporti fra allergia ed immunità, oltre all'importanza connessa con tutti questi problemi che interessano lo studioso di laboratorio ed il clinico, ha anche un riflesso pratico dal punto di vista dell'epidemiologia e della profilassi sociale, come ha rilevato D. Ottolenghi. Nel declinare della tubercolosi, quale si osserva in alcuni paesi, è da temersi che le popolazioni diventino gradatamente anallergiche e, quindi, nuovamente esposte agli attacchi epidemici della tubercolosi. Contro tale minaccia, Calmette propose di allergizzare fin dalla nascita, tutti gli esseri umani.

La scuola francese con molti di quelli che vi aderiscono ha impostato essenzialmente il problema sulle osservazioni fatte col BCG, mettendo in rilievo l'importanza che l'allergia può avere per comprovare lo stato di premunizione dei bambini vaccinati nei primi 10 giorni di vita.

In complesso, come ha osservato J. Bordet, riassumendo con brio il lavoro della giornata, le attuali relazioni hanno più che altro impostato un piano di lavoro per un futuro Congresso.

Vivamente discussa è stata la seconda questione sull'*efficacia terapeutica della crisoterapia*, a cui si sono appassionati tutti quanti affollavano le sedute. L'interesse per tale questione è anche dimostrato dal notevole numero (circa 60) degli inscritti per la discussione. Interesse spiegabilissimo, del resto, perchè la questione è portata sul palpitante campo della pratica e l'annosa e rinverdeggiante speranza di trovare un rimedio contro la tubercolosi è sempre un allettante miraggio.

Purtroppo, però, nemmeno su questo argomento il Congresso ha portato una parola sicura e decisiva. Tutte le opinioni vi sono state affermate, da quella osannante di L. Sayé, che era il relatore, a quelle completamente sfavorevoli di Burns Amberson, passando per quella di F. Bocchetti (correlatore per l'Italia), il quale non ha trovato differenze sostanziali fra i malati trattati con la crisoterapia e quelli sottoposti al solo trattamento sanatoriale integrale. Altri correlatori furono P. Ameuille, S. T. Burrel, K. Faber, Jaquerod, R. Rencki, G. Schröder e J. Valtis.

Nella discussione molti hanno riportato i risultati della propria esperienza: qualcuno trova utile associarvi il chinino, altri la ritiene efficace nelle forme extrapolmonari; qualcuno discute sui diversi preparati d'oro, altri sulla posologia. Un medico francese (Gaussel) ha riferito di avere ottenuto eccellenti risultati con fialette contenenti... una soluzione di cloruro di sodio, fatte passare per sanocrisina, nelle quali i malati avevano una sconfinata fiducia.

I pareri più favorevoli sono stati espressi, oltre che dal relatore, da Schröder, da Valtis e da L. Bernard che ha portato la sua esperienza su 716 casi trattati con successo in ospedale. Gran parte degli altri ha posto notevoli limitazioni alla crisoterapia, indicandone i pericoli. In un solo punto le diverse relazioni e comunicazioni, molte delle quali interessanti dal punto di vista pratico e scientifico, si sono trovate d'accordo ed è nel proclamare la grande efficacia della collassoterapia. « Le Forlanini », come simpaticamente si è espresso un francese per indicare il pneumotorace (vada questa denominazione ai pedissequi imitatori dello straniero che lo abbreviano in pnx), è apparso an-

cora il trionfatore in questa fase tuttora incerta degli studi sui preparati d'oro.

Sulla questione, che ha assunto in questi tempi una grande importanza sociale, dell'*assistenza post-sanatoriale*, ha fatto un'ampia e circostanziata relazione H. VOS e sono stati correlatori J. BLANCO, E. BRESKY, E. BRIEGER, R. COURTOIS con E. OLBRECHTS, L. GUINARD, N. HEITMANN, H. A. PATTISON, D. A. STEWART, H. WILLIAMS.

Il correlatore italiano, on. E. MORELLI, ha messo in rilievo che l'Italia si trova in un periodo di piena realizzazione e considera il problema delle colonie post-sanatoriali da un punto di vista nazionale, strettamente legato al problema sanatoriale da cui dipende, mentre negli altri paesi esso è spesso connesso con la beneficenza regionale od individuale.

L'istituzione delle Colonie, egli osserva, corrisponde ad un bisogno scientifico, morale ed economico e sarà indubbiamente di grande utilità. Il problema delle Colonie, però, è collegato con quelli degli edifici, del tipo di lavoro e della vendita dei prodotti, che l'on. MORELLI esamina partitamente. Le colonie debbono essere del tipo misto, agricolo ed industriale ed organizzate in modo che i prodotti vengano venduti agli stessi sanatori. Tale è l'organizzazione stabilita dallo stesso on. Morelli per le tre grandi colonie post-sanatoriali italiane con 3000 letti.

Nel seno della stessa Unione internazionale contro la tubercolosi, è stata fondata una Sezione, pure internazionale, autonoma, presieduta da Sir VARRIER JONES, per l'assistenza post-sanatoriale.

Nel discorso di chiusura generale, L. BERNARD, nel menzionare i decessi dei Consiglieri dell'Unione, ha commemorato con elevate e commosse parole il prof. Vittorio Ascoli, « grand médecin » che ha lasciato, egli aggiunse, in quanti lo conobbero il più caro ricordo. Ha inoltre informato che la Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi ha elargito all'Unione la somma di 10.000 franchi augurandosi che l'esempio dell'Italia venga seguìto da altre Nazioni, ed ha avuto parole di alto elogio per la legislazione antitubercolare italiana, a cui ha risposto ringraziando F. BOCCHETTI.

Molto apprezzata è stata una pubblicazione del vice-direttore della Sanità pubblica, A. ILVENTO *sullo stato attuale della lotta contro la tubercolosi in Italia*.

La prossima Conferenza avrà luogo nel 1934 a Varsavia. *fil.*

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 7 luglio 1932.

Presidente: Prof. FILIPPO NERI.

Le alterazioni funzionali dei piccoli vasi nella patogenesi della ipertensione essenziale e i disturbi della loro regolazione tissulare della genesi della apoplessia degli ipertesi.

Prof. A. LUNEDEI e dott. A. GIANNONI. — Gli OO. passate in rassegna le teorie sulla patogenesi della ipertensione essenziale, prendono in considerazione alcune alterazioni della regolazione del calibro dei più piccoli vasi e discutono, in base ai risultati delle loro ricerche, l'importanza che a tali alterazioni può essere attribuita nella patogenesi della ipertensione. Giungono alla conclusione che si tratta solamente di fenomeni secondari alla vivace reattività arteriolare di questi malati.

Espongono successivamente i risultati delle loro indagini sulla tendenza alle manifestazioni emorragiche capillari degli ipertesi essenziali, mettendo in evidenza come i loro risultati stiano a favore della tesi dominante che l'emorragia cerebrale degli ipertesi essenziali sia soprattutto dovuta alla lesione della parete dei più piccoli vasi per disturbi del ricambio tissulare secondari a crisi angiospastiche arteriolari.

Paraplegia da compressione midollare in cifoscoliotico.

Prof. A. TERZANI. — L'O. presenta un ragazzo di 16 anni cifoscoliotico da un anno di età, nel quale senza alcuna causa si è stabilita una paraplegia con inizio di regressione dopo 14 mesi. Escluse le cause più comuni e più note di paraplegia, l'O. riporta il suo caso a quella esigua serie descritta da Leyden, Jarosky fino a Zanoli e Viganò. Il fondamento a.-p. della forma starebbe in fenomeni di compressione del midollo per alterazioni circolatorie vasculo-linfatiche.

Dott. I. GORRIERI. — *Sul differenziamento del gruppo colibacillare.*

Dott. I. GORRIERI. — *Sopra alcuni perfezionamenti nella tecnica della Voges-Proskauer per lo studio del gruppo coli-aerogenes.*

Prof. E. BRACALONI e Prof. A. MONTANARI. — *Studio del quadro morfologico ematico del coniglio operato di epatectomia sub-totale.*

Prof. A. MONTANARI e Prof. E. BRACALONI. — *Ricerche sulla reazione xantoproteica nel siero di coniglio operato di epatectomia sub-totale.*

Seduta del 14 luglio 1932.

Presidente: Prof. FILIPPO NERI.

Tubercolosi del cieco a sindrome prettamente urinaria.

Prof. O. BARTOLI. — L'O. presenta una donna di 52 anni che da 12 anni soffriva di coliche a tipo prettamente renale e nella quale un esame radiologico eseguito due anni avanti del suo ingresso in Clinica, aveva messo in evidenza un calcolo in corrispondenza di una massa che si palpava al quadrante inferiore destro dell'addome. Tale massa spostava l'uretere medialmente inginocchiandolo e provocando nel bacinetto una lieve idronefrosi. A questa erano attribuiti certamente i fatti colici. All'atto operatorio la massa fu riscontrata a carico del cieco e con un esame istologico fu stabilito trattarsi di una forma tubercolare a carattere cronico. In una osservazione della mucosa del cieco esisteva un calcolo che dava l'immagine radiografica che aveva fatto orientare la diagnosi verso una forma di calcolosi renale.

Intervento chirurgico su di un aneurisma infettivo "per erosione,, della carotide primitiva.

Prof. O. BARTOLI. — L'O. presenta un malato che circa un mese avanti l'atto operatorio aveva notato la comparsa, in seguito all'estrazione dell'ultimo molare di destra, di una tumefazione alla regione

omolaterale del collo, tumefazione che era andata gradatamente aumentando fino a raggiungere il volume di una grossa arancia e nella quale si apprezzava una pulsazione a tipo espansivo ed un netto soffio sistolico. Il paziente aveva febbre alta, vomito, cefalea, malessere. Fatta diagnosi di aneurisma della carotide primitiva, fu praticata la legatura del vaso arterioso un centimetro al disotto della biforcazione, senza che il p. avesse disturbo alcuno, ottenendo la riduzione della tumefazione e la scomparsa di ogni fenomeno soggettivo.

Primi risultati di un metodo di trattamento dell'uremia vera conclamata.

Prof. M. VOLTERRA. — I più recenti tentativi terapeutici dell'uremia prendono spunto dalla nuova concezione sul ruolo delle sostanze aromatiche, di origine prevalentemente intestinale, nella genesi della fenomenologia cronica. L'O. oltre a somministrare grandi quantità di carbone (Becher), ha praticato clisteri di carbone e di solfato di Mg. Successivamente ha pensato di ricorrere all'introduzione endovena di tiosolfati di Na i quali si trasformano in solfati (Meneghetti), nel concetto di fornire notevoli quantità di solfo al fegato per la coniugazione con le sostanze fenoliche.

L'O. presenta una malata uremica da rene grinzo secondario che fu sottoposta con buon risultato a questo trattamento quando la p. presentava in pieno la fenomenologia uremica. Le condizioni di essa, malgrado che dopo un primo periodo di cura in Clinica sia stata dimessa e che perciò il trattamento non sia stato regolare, sono dopo un mese assolutamente soddisfacenti

Il quadro ematico nella uremia vera (con presentazione di preparati).

Prof. M. VOLTERRA. — Su queste ricerche l'O. ha studiato il quadro ematico in 6 casi di uremia vera ed in alcuni nefritici cronici con ritenzione già avanzata. Confermata l'esistenza di una leucocitosi nuetrofila, già segnalata da altri, sono state messe in evidenza: spiccata eritrocitopenia, con diminuzione relativamente minore del tasso emoglobinico o valore globulare alto (da 105 a 1,24 e più); anisocitosi (con eritrociti grandi ipercromici); deviazione a destra della formula di Arneth, diminuzione degli eosinofili, forte linfopenia, rarissimi normoblasti, frequenti mielo- e metamielociti neutrofili, costante reperto di mc. di Rieder. Queste alterazioni ricordano l'anemia perniciosa di Biermer, ma a differenza di questa si trova nell'uremia leucocitosi e monocitosi le quali però compaiono verso la fine. L'O. crede che queste alterazioni dipendano dall'azione tossica di composti aromatici ritenuti e anche incompletamente svelenati per insufficienza epatica. Il quadro ematico completo si osserva solo nelle fasi terminali dell'uremia; in periodi precedenti in cui per altro il tasso ureico è molto elevato, non tutte le alterazioni descritte si riscontrano: l'anisocitosi, la neutrofilia e le cellule del Rieder sono le prime a comparire. La leucocitosi invece compare in ultimo. Sembra perciò che lo studio del sangue possa dare qualche elemento di prognosi.

Sui resultati a distanza della frenicoexeresi.

Dott. R. PAZZAGLI e Dott. G. CHECCUCCI LISI. — Gli OO. hanno eseguito per un periodo di tempo che va dai 2 ai 10 anni, 51 ammalati fra quelli operati di frenicoexeresi nella Clinica chirurgica fiorentina. Si trattava in tutti i casi di ammalati di tubercolosi polmonare: 25 di questi, bilateralmente colpiti, sono deceduti dopo una sopravvivenza media di 10 mesi, in gran parte senza avere avvertito un beneficio sensibile dall'intervento praticato. Tre sono clinicamente e batteriologicamente guariti, 13 notevolmente migliorati ed apirettici hanno ripreso le loro abituali occupazioni, 10 mantengono invariate le loro condizioni generali.

Basandosi su questi risultati ottenuti a distanza, gli OO. affermano che la frenicoxeresi risponde ordinariamente agli effetti che da essa si possono pretendere (immobilità ed innalzamento dell'emidiaframma) ma che non influenza il decorso di lesioni non tendenti spontaneamente alla retrazione o di lesioni bilaterali.

Dott. C. PAMÀ. — *Dimostrazione di un caso di atresia totale congenita dell'esofago.*

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 16 giugno 1932.

Presidente: C. VERCESI.

Particolari di tecnica nella amputazione perineale del retto carcinomatoso.

P. MAROGNA. — L'O., passati in rassegna i varii metodi di amputazione del retto sui quali diuturnamente si discute, si sofferma sul metodo perineale che crede adatto nel maggior numero di casi ed anche in forme invadenti il sigma. Questo metodo con le finezze di tecnica adottate in questi ultimi tempi ha certamente ridotta la mortalità.

Un particolare di tecnica molto efficace e che si deve al compianto senatore Baldo Rossi è quello da lui adottato di trattare con tubi e soluzione di Carrel la enorme cavità ischio-rettale ove è a temere l'infezione che nel maggior numero di casi fatalmente si svolge in un punto operatorio ove pullulano germi aerobii ed anaerobii, messi in libertà, si può dire, nel vasto campo cruento. Tale metodo di Baldo Rossi se rappresentava un perfezionamento di tecnica degno di attenzione per la sua efficacia non rappresentava ancora *quel punto* desiderato dai chirurghi per diminuire la mortalità.

Lentamente siamo arrivati ad esso lasciando completamente aperta la cavità residua dopo aver collocato un tubo di vetro nel moncone intestinale, averlo raccordato con un tubo di gomma e zaffata la cavità.

A prima vista si rimarrebbe perplessi nell'abbandonare il vecchio sistema di raccordare con punti varii la cavità cruenta. Ma in definitiva l'esperienza dimostra che tutto ritorna lentamente alla norma col risultato di una cicatrice perfetta in fondo alla quale si vede il moncone intestinale.

Qualche volta è necessaria una serie di dilatazioni agli Hegar per dilatare la cicatrice. In definitiva anche nelle amputazioni estese conduce il moncone intestinale alla superficie con risultato ottimo anche dal punto di vista della continenza. Varii casi suoi dimostrano l'efficacia del metodo e dei particolari di tecnica.

Cisticercosi cerebrale e reperti del liquido cefalo rachidiano.

C. RIZZO. — L'O. riassume la storia clinica di tre casi di cisticercosi cerebrale diagnosticati in vita e controllati al tavolo anatomico.

In tutti e tre i casi la diagnosi è stata fatta in base all'imponente eosinofilia del liquido cefalorachidiano.

La diagnosi clinica di cisticercosi cerebrale, più che difficile, si deve considerare impossibile.

Una tale diagnosi può essere sospettata in clinica, ma solamente in laboratorio può essere confermata.

Su di un caso di Leishmaniosi del cane.

G. PEGREFFI e C. DORIA. — Gli OO. riferiscono, dopo aver accennato brevemente alla larga constatata diffusione in Sardegna della Leishmaniosi ed alle uniche osservazioni del Sotgiu del 1917 nella stessa regione della medesima infezione del cane, su di un caso di Leishmaniosi spontanea viscerale canina.

Riportano particolareggiatamente il quadro clinico osservato e completato anche da ricerche sul liquor e succintamente quello anatomo-patologico, descrivono i parassiti riscontrati nel midollo osseo, milza, fegato, reni, gangli linfatici, discutono l'importanza avuta nella determinazione dei sintomi rilevati dalla presenza nel tubo intestinale del soggetto di pochi esemplari di *Anchilostoma caninum*, e prospettano l'opportunità di intensificare le ricerche sull'argomento allo scopo di accertare l'eventuale nesso cane-uomo nella trasmissione della Leishmaniosi.

G. DACHENA. — *Su una enzoozia di paralisi dei polli per infestione da Davenia proglottina.*

Corpo estraneo in vescica.

T. CICU. — L'O. cita un caso di permanenza in vescica in donna di 29 anni, di una forcina di ferro da capelli, la quale per ben dodici anni non diede alcun disturbo alla paziente.

Solo dall'età di 24 anni l'inferma accusa dolori a tutto l'arto inferiore destro, dolori a volta violentissimi. Disturbi nella minzione solo da 15 giorni prima del suo ricovero in clinica.

L'esame radiologico e l'intervento operatorio dimostrarono la presenza di una forcina da capelli e di un calcolo in vescica e la perforazione di questa nel suo lato destro.

Il caso è di un certo interesse per la lunga permanenza del corpo straniero in vescica senza dare alcun sintomo di sè e per la conseguente perforazione vescicale.

Seduta del 7 luglio 1932.

Presidente: C. VERCESI.

Primi saggi di vaccinazione jenneriana in soggetti a regime ipoclorurato.

G. C. BENTIVOGLIO. — L'O. ha praticato la vaccinazione jenneriana in bambini da 4 a 8 anni di età, vaccinati per la prima volta, tenuti a dieta comune con sottrazione del cloruro di sodio, e sottoposti a terapia calcica. Tale duplice trattamento venne iniziato tre settimane prima dell'innesto, e continuato fino ad estinzione della reazione vaccinica. I risultati confrontati con quelli ottenuti nei soggetti di controllo, e documentati in numerose fotografie che l'O. presenta, dimostrano in generale una maggiore limitazione e regolarità della pustola, con attenuazione dei fenomeni reattivi circostanti ed una durata più breve del ciclo evolutivo con formazione più precoce della cicatrice residua.

Un'osservazione di "placenta accreta partialis,,

G. GIAVOTTO. — L'O. riferisce di una pluripara 33enne, che senza antecedenti di particolare rilievo, al suo settimo parto spontaneo a termine con feto vivo ha presentato una gravissima complicazione del secondamento. La placenta soltanto per una sua limitata porzione si è lasciata distaccare dalla mano introdotta in utero, mentre per la rimanente porzione il distacco non è avvenuto regolarmente non essendo stato possibile procedere lungo il piano di distacco iniziale tra placenta ed utero. L'imponenza della emorragia e le condizioni acutamente gravi dell'a. consigliarono l'immediata isterectomia subtotale. Decorso postoperatorio regolare con allattamento al seno del bambino. Con l'ausilio di numerose dimostrazioni fotografiche, macro- e microscopiche, richiama l'attenzione sulle alterazioni anatomiche ed istologiche dell'osservazione descritta, le cui caratteristiche principali stanno nell'impianto molto diffuso della placenta, nell'estremo assottigliamento della parete uterina in corrispondenza della sede placentare, nell'alterato rapporto di sviluppo e di adesione fra mantello coriale e membrana deciduale.

La profilassi antidifterica con una sola iniezione di anatossina.

I. MARCIALIS. — L'O. ha praticato in 63 bambini di varie età dai 2 ai 12 anni la vaccinazione antidifterica con una unica dose di 1 cc. di anatossina concentrata fornita dall'Istituto Sieroterapico Nazionale. La via d'introduzione è stata la sottocutanea.

Il nuovo metodo non ha offerto alcun inconveniente poichè in nessuno dei soggetti si verificarono disturbi nè generali nè locali.

I risultati, dedotti dalla modificazione della reazione di Schick, sono stati invero molto confortanti ottenendo nel 66 % dei casi l'immunizzazione dopo solo 20 giorni dall'avvenuta vaccinazione e nel 100 % dei casi dopo 40 giorni.

Saggi colecistografici con Oral Tetragnost nei malarici epato-splenomegalici.

L. PINELLI e A. MASIA. — Gli OO. hanno eseguito indagini colecistografiche negli epato-splenomegalici di origine malarica, servendosi, per la somministrazione della sostanza radiopaca, del metodo orale, senza ottenere, in un'alta percentuale di casi, la comparsa dell'ombra della vescichetta biliare. Affacciano l'ipotesi che i loro reperti debbano attribuirsi ad una mancata fissazione, prima, ed eliminazione, dopo, della tetrajodo, per le lesioni esistenti nel sistema reticolo-endoteliale e nelle cellule epatiche.

C. VERCESI. — *Tagli cesarei per tumori ostruenti il canale del parto.*

G. DACHENA. — *Influenza del terreno di coltura sulla morfologia e sulla virulenza del Bacillus anthracis.*

Il Segretario: A. MANAI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Prima infezione tubercolare attraverso la cute.

Una bambina di otto anni con una anamnesi personale e familiare negativa, riporta una piccola ferita alla pianta del piede destro con un vetro: suppurazione scarsa della ferita e, 25 giorni dopo, comparsa nel terzo medio della gamba, di una tumefazione che si apre lasciando fuoriuscire piccola quantità di liquido purulento. Successivamente ingrossamento della regione crurale a carico della quale si nota un aumento di volume delle ghiandole, una delle quali raggiunge il volume di un uovo, dolenti. Oltre a questa tumefazione ed alla tumefazione della gamba, senza fatti di arrossamento o di calore locale, nel momento dell'ingresso in ospedale si nota sul terzo medio della gamba stessa una piaga torpida elissoidale, ed alla pianta del piede, dei nodulini di recente formazione.

Delle varie ricerche fatte e riportate da Dusi (*Rivista di patologia e clinica della tbc.*, 1932, n. 2) sono da notare una intradermoreazione positiva e la presenza radiografica di segni di periostite al terzo medio della gamba (tibia).

Vengono estirpate le ghiandole della regione colpita: macroscopicamente si distingue il centro di esse occupato da una zona caseosa con tubercolini circostanti. Istologicamente chiara iperplasia tubercolare a grosse cellule. Rari bacilli di Koch specialmente nello strato epiteliale.

L'esame biologico, mediante la inoculazione nella cavia, riesce positivo.

Successivamente la paziente viene operata in corrispondenza della pianta del piede primitivamente colpita; con asportazione di un piccolo lembo, ed in corrispondenza della piaga del terzo medio della gamba con asportazione delle fungosità. Anche l'esame istologico della cute asportata mostra fatti di tubercolosi cutanea; la prova biologica conferma il reperto sia per la cute che per le fungosità.

Riveduta la paziente a distanza di tempo viene notato che sono scomparsi totalmente i segni morbosi a carico della cute tanto al piede che alla gamba.

Lo studio del processo morboso ci dice dunque che esso ha avuto inizio nella piccola ferita da taglio della pianta del piede, e che seguendo la via linfatica si è arrestato alla radice dell'arto; il decorso è stato lento con modiche reazioni locali e con guarigione rapida. Il bacillo di Koch (nella paz. non era alcun segno di tbc. organica) ha in questo caso direttamente contaminato la ferita che ha quindi rappresentato una delle modalità poco comuni di ingresso del bacillo nell'organismo. La benignità del decorso e la mancanza di localizzazione in visceri, porta a credere ad una infezione tubercolare attenuata.

MONTELEONE.

Su di un caso di gangrena gassosa da iniezione ipodermica.

G. Borghini (*Giornale di Clinica Medica*, fasc. VI, 1932) rileva che nella letteratura sono registrati una trentina di casi di gangrena gassosa sviluppatasi in seguito ad iniezione ipodermica: tuttavia molte incertezze esistono ancora sulla etiopatogenesi della forma. Anzitutto si può ammettere che i germi specifici possano avere un'origine esogena o endogena e nel primo caso essi possono essere stati portati profondamente nei tessuti o perchè si trovavano casualmente sulla pelle o perchè contenuti nel liquido iniettato o perchè l'ago stesso ne era infetto. Queste due ultime possibilità però rarissimamente sono state confermate dai controlli e benchè non si possa escludere una origine cutanea dell'infezione, si ammette come più verosimile dal maggior numero degli AA. l'origine endogena. I germi della gangrena gassosa sono ospiti abituali dell'intestino umano e pur non disconoscendo il fatto ormai provato che nel sangue circolante non esistono di tali germi, non si può escludere che per un'indebolita resistenza locale dell'epitelio intestinale e di tutto l'organismo, essi non possano invadere almeno temporaneamente il torrente circolatorio per essere poi distrutti nel fegato, milza ecc. Dato questo, è ammissibile anche l'eventualità che un'iniezione potendo creare una zona di mortificazione dei tessuti di ordine ischemico o chimico possa creare quelle condizioni di anaerobiosi necessarie alla fissazione e alla moltiplicazione dei germi casualmente circolanti o richiamati ivi da quegli organi ove si trovano immagazzinati.

Non sembra che la natura del liquido iniettato abbia grande importanza nel determinismo dell'infezione poichè vi troviamo la caffeina, l'adrenalina, la sparteina, la scopolamina, la novocaina, l'olio canforato, il digalen, l'afenile, la tintura di muschio, la soluz. fisiologica, l'asmolisina, la morfina, preparati arsenicali: le due prime sostanze però sono le più frequentemente in causa. Trattandosi di adrenalina, come nel caso che l'A. descrive, non è esclusa l'origine splenica dei germi che spremuti dalla milza per azione del farmaco, troverebbero nel punto ischemizzato dell'iniezione, un terreno favorevole al loro impianto.

E. ANTONIAZZI.

Gli infiltrati paravenosi.

Si formano talora, nonostante le massime precauzioni, in occasioni di iniezioni endove-

nose, specialmente quando si usano il neosalvarsan o le soluzioni di metalli pesanti. È consigliabile iniettare subito dopo del sangue dello stesso paziente o della soluzione fisiologica. W. Illig (*Münch. med. Wochens.*,1932, n. 21) ha trovato utili anche le irradiazioni con raggi X a piccole dosi (5-10 % HED), che fanno retrocedere anche gli infiltrati cronici e fanno scomparire i dolori. *fil.*

Il trattamento degli stati settici con l'ascesso da fissazione.

L. Jacob (*Deut. med. Wochens.*, 8 gennaio 1932) rileva che il vecchio metodo dell'ascesso provocato è stato a torto abbandonato, mentre invece gli ha fornito degli ottimi risultati in una cinquantina di casi di sepsi grave, di meningite, di empiema, in bambini ed in adulti.

Il momento migliore per provocare l'ascesso è dato dalla retrocessione della leucocitosi; p. es., in un caso di sepsi postanginosa, la leucocitosi che era salita a 15.200 si era poi abbassata a 7500, perdurando la febbre ed il grave stato generale. Dopo l'iniezione di trementina, i leucociti salirono a 17.000, 18.000, 23.000, ridiscendendo poi gradatamente. Al 12° giorno dall'iniezione di trementina, apiressia, al 16° giorno, svuotamento per puntura dell'ascesso con estrazione di 150 cmc. di pus e rapida guarigione.

Si usa della trementina pura non diluita, non sterilizzata; se ne iniettano 2-3 cmc. nell'adulto e 0,75-1,5 nel bambino, alla parte esterna della coscia. Dopo poche ore, si ha arrossamento, gonfiore, poi infiltrazione dura che, entro 4-8 giorni si rammollisce e dà un ascesso nettamente fluttuante. Nei casi gravi e con prognosi infausta si ha un'infiltrazione minima che retrocede spontaneamente.

Nei primi giorni, è necessario somministrare dei narcotici ai pazienti molto sensibili, ma il più spesso i dolori locali possono calmarsi con l'applicazione di impacchi caldi. È meglio evitare l'incisione dell'ascesso e limitarsi alla estrazione con puntura, lasciando poi che il rimanente pus si riassorba da sè; se ciò non si verifica, si inciderà, drenando poi con garza allo jodoformio fino alla guarigione della ferita (entro 10-14 giorni).

Dopo l'iniezione di trementina, la febbre generalmente sale e si fa continua se prima era remittente, ma cade poi dopo la formazione dell'ascesso. Già prima della scomparsa della febbre, si ha un evidente miglioramento dello stato generale. Se l'ascesso è inefficace o non viene a suppurazione, manca l'effetto sulla febbre; eventualmente, esso può ripetersi dopo 8-10 giorni.

L'azione dell'ascesso è aspecifica ed agisce all'aumento della forza di resistenza dell'organismo, alla mobilizzazione di tutte le forze di riserva e, con ciò, alla guarigione. *fil.*

Il tannino nelle scottature.

L'uso del tannino o acido tannico per il trattamento delle scottature venne introdotto da Davidson nel 1925. L'acido tannico è una polvere amorfa, rapidamente solubile in acqua, alcool, glicerina; insolubile in etere e in cloroformio. Con le proteine morte dà dei composti insolubili o tannati (il procedimento della concia); per tal modo i tessuti devitalizzati non possono più consentire il riassorbimento di sostanze tossiche. Inoltre si forma uno strato protettivo, che difende contro i batteri e contro le irritazioni meccaniche e chimiche (p. es.: contatti con gli indumenti, azione dell'aria). Il tannino si usa in soluzione acquosa a 2,5-5,0 %; la soluzione dev'essere allestita ogni volta al momento dell'uso (ciò costituisce uno svantaggio rispetto all'acido picrico). È preferibile polverizzare la soluzione e lasciarla poi disseccare (si può affrettare il disseccamento accostando alla superfice trattata una lampada elettrica, un termoforo elettrico, ovvero con altri mezzi); si ripete il trattamento una volta l'ora per 8-10 volte (finchè la superfice sia diventata bruna).

Se vi sono flittene, pungerle e vuotarle. Nelle scottature gravi si farà uso di un archetto o di una gabbia. Trattamento generale consueto. Difficilmente occorrono gli oppiacei dopo 24 ore, poichè il dolore cessa, praticamente, del tutto.

(Da un articolo di N. C. Bledsoc, in *Southwestern Med.*, agosto 1932). V. L.

SEMEIOTICA.

La siero-reazione di Kahn nella sifilide.

G. Piazza (*Giorn. di Med. Mil.*, giugno 1932) dopo avere accennato alla tecnica della reazione di Kahn per l'accertamento della sifilide, espone i risultati ottenuti in oltre 700 esami, praticati su sieri di individui sifilitici, sani, ed affetti da altre malattie, ed in liquidi cefalo-rachidiani di luetici e di ammalati di forme nervose varie. Dall'insieme delle sue numerose osservazioni, viene alla conclusione che la reazione di Kahn, semplicissima nella tecnica di esecuzione come di preparazione dell'antigene, è, per la sua elevatissima sensibilità, ancora più precoce della stessa reazione di Wassermann e può quindi fornire un mezzo sicuro per la pronta identificazione delle forme iniziali a sintomatologia incerta, essendo pertanto di grande aiuto per la profilassi anticeltica. Nei riguardi dell'indirizzo terapeutico, i vantaggi che essa offre sono tutt'altro che indifferenti potendosi da essa giudicare anche dell'efficacia della cura con i vari specifici, sopratutto nelle forme nelle quali la sintomatologia si è fatta silente. Essa riesce veramente utile anche nei riguardi del giudizio di guarigione, per la proprietà che ha di mettere in evidenza, data la sua spiccata sensibilità, una quantità piccolissima di reagi-

ne che può sfuggire agli altri metodi. È pregevole anche per la sua specificità e per l'assenza delle così dette false reazioni positive. Tutte queste doti devono, secondo l'A., porre la reazione di Kahn in primissima linea fra gli esami più comunemente usati nei nostri laboratori. G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA

La titolazione delle vitamine.

Le forme classiche di avitaminosi rappresentano un'eventualità eccezionale; invece sono molto diffusi gli stati di precarenza o forme fruste di avitaminosi, sopratutto nella prima infanzia, a cagione del regime che è sempre, in modo assoluto o relativo, multideficiente nei riguardi del fabbisogno vitaminico.

Questa parte del problema vitaminico ha acquistato vera importanza sociale, in quanto sono ben note le ripercussioni che tali stati di carenza vitaminica hanno sulla morbosità e sulle mortalità infantili, e in genere sullo sviluppo e sulla robustezza della razza. Perciò i bisogni della clinica, alleata in ciò alla ricerca scientifica pura, hanno stimolato grandemente lo studio chimico e farmacologico delle vitamine, allo scopo di ottenere preparati attivi e concentrati, atti agli usi clinici.

Al problema si è interessata la Società delle Nazioni, la quale nel passato anno, dal 17 al 20 giugno, ha riunito a Londra una Commissione internazionale per lo studio del campionamento delle vitamine note.

G. Lorenzini, in un recente articolo apparso sul periodico del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del quale il Lorenzini fa parte (*La Ricerca Scientifica*, n. 4, 1932), rileva come il risultato più apprezzabile di questa conferenza sia stato quello di additare alle Nazioni la necessità di stabilire il controllo obbligatorio dei prodotti vitaminici, e mette in evidenza come debba essere impostato il problema per raggiungere una intesa internazionale in siffatta materia.

La conferenza si è limitata a proporre l'istituzione dei campioni vitaminici internazionali; campioni che per le quattro vitamine prese in considerazione saranno preparati per cura della Società delle Nazioni e da essa distribuiti su richiesta ai vari laboratori.

Questi campioni tipo saranno costituiti: per la vitamina B dal prodotto di adsorbimento proveniente dal liquido di estrazione di 100 kg. di pula di riso trattato con 3 kg. di terra a follone; per la vitamina C dal semplice succo fresco di limone; per la vitamina A da una preparazione di carotene e per la vitamina D da una preparazione di ergosterina irradiata.

L'adozione di tali campioni tipo non pare affatto opportuna. Anzitutto si parte da sostanze assai impure, quali quelle derivanti dall'adsorbimento della terra a follone o quale è il succo di limone, la cui attività può subire oscillazioni molto ampie (sino al 50% e più); inoltre va notato che il carotene, che è anche molto instabile, e quindi poco atto a servire per il campionamento, deve per ora essere considerato soltanto come una provitamina; infine l'ergosterina irradiata, che sinora è ancora una miscela di sostanze diverse, alcune delle quali tossiche, non sembra molto indicata per costituire un punto di riferimento preciso.

Ma oltre a ciò, il Lorenzini giustamente osserva che in ultima analisi il confronto fra i vari preparati vitaminici e questi campioni tipo dovrà pur sempre farsi per mezzo della *prova biologica* sugli animali, ed è appunto la tecnica della titolazione fisiologica che richiede una revisione ed una unificazione in modo da stabilire quella unità fisiologica internazionale che attualmente manca e che dovrebbe costituire la vera *base* per l'uniformità di tutte le ricerche scientifiche. A. POZZI.

VARIA.

Un caso di sviluppo doppio del pene e dello scroto (difallia).

Harrenstein (*Br. Beit. z. Kl. Ch.*, 154, 2) riferisce il caso di un bambino di 2 a. che dalla nascita presentava una malformazione degli organi genitali esterni. Nella consueta sede si trovava un pene della lunghezza di 5 cm. in tutto ben conformato; lo scroto sottostante era di aspetto normale, ma, vuoto nella metà d., conteneva un solo testicolo. A destra e al di sotto del pene normale ce n'era un secondo un po' più grosso del primo; il prepuzio era incompleto; dal meato urinario veniva poca urina a gocce. A destra di questo pene era visibile uno scroto senza rafe che conteneva un testicolo.

Mentre l'uretra del pene normale era permeabile in tutta l'estensione, quella del pene soprannumerario presentava dopo 5 cm. un ostacolo insormontabile anche per i cateteri sottili. Con esami radiografici (cistografia, urografia discendente) furono escluse malformazioni nelle parti superiori delle vie urinarie. Anche il retto non presentava malformazioni.

Il pene soprannumerario fu asportato per tutto il tratto esteriore; fu resecata la metà d. dello scroto normale e suturata la parte restante con lo scroto soprannumerario contenente il testicolo d. Il p. guarì senza disturbi.

Il pene asportato conteneva un'uretra pervia solo nella parte terminale e un solo corpo cavernoso.

L'A. fa la storia embriologica delle malformazioni dei genitali esterni ed attribuisce questo caso alla comparsa di una gemma genitale soprannumeraria vicino a quella normale che si sviluppa sopra alla cloaca alla sesta settimana di vita intrauterina.

P. STEFANINI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato nazionale dei medici.

Imponente per numero e qualità di intervenuti ed assai importante per il lavoro svolto, è riuscito il IV Congresso del Sindacato Nazionale dei Medici, tenutosi a Roma in occasione della celebrazione del decennale della Marcia su Roma. L'Aula Magna della R. Università era letteralmente gremita di intervenuti da ogni parte d'Italia.

Presiede l'on. prof. Morelli e sono con lui alla presidenza l'on. prof. Paolucci, il sen. Simonetta, il prof. Busi, preside della Facoltà, gli onorevoli Perna e Serono, il dott. Tommasi Crudeli per la direzione generale della Sanità Pubblica il sen. Bastianelli, il prof. Gasparro. Apre la seduta l'on. prof. Morelli porgendo un cordiale saluto agli intervenuti, dopo di che il segretario amministrativo dott. A. Gazzella espone la sua *relazione finanziaria* che attesta delle fiorenti condizioni del Sindacato e che viene approvata tra vivi applausi.

Salutato da una calorosa ovazione prende quindi la parola il segretario del Sindacato Medici on. prof. Morelli. Dopo aver espresso sentimenti di ammirazione, cui si associa l'assemblea plaudente, al Capo del Governo per la considerazione data alla classe, l'oratore espone l'attività fin qui svolta dal Sindacato in difesa della categoria e che si concreta in opere benefiche e durature, tra cui la sede del sindacato che è più propriamente detta « *La Casa del Medico* » e il giornale « *Le Forze Sanitarie* ». Ringrazia poi tutti i collaboratori e specialmente i professori universitari che seguitano a mandare articoli di notevole interesse scientifico e pratico.

L'oratore tratta poi del problema delle *mutue sanitarie*, annunzia che la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali ha messo a disposizione del Sindacato medico 40 posti gratuiti nei vari sanatori di Italia per *medici tubercolotici* e comunica che è allo studio il problema delle *pensioni*.

Una delle aspirazioni più vive della classe medica, rimasta tale per decenni e decenni, è stata la creazione della *casa di riposo del medico*. Anche questa aspirazione sarà una realtà a degna celebrazione del decennale della Rivoluzione quale voto di devozione al Duce. L'assemblea tra entusiastici applausi inneggia al Duce e nel suo nome si chiude il Congresso dopo l'approvazione del seguente ordine del giorno proposto dal dott. Palermo di Catania:

« L'assemblea del II Consiglio Nazionale del Sindacato Medico Fascista; sentita la poderosa ed esauriente relazione del Segretario nazionale on. prof. Morelli, l'approva incondizionatamente e tributa un vivo voto di plauso al Direttorio nazionale ed in ispecie al suo degno Capo per le magnifiche conquiste già conseguite tendenti allo elevamento morale ed alla protezione del Medico italiano ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARGE (*Cuneo*). — Scad. 20 ott.; L. 7000 oltre L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

BERNEZZO (*Cuneo*). — Scad. 15 ott.; L. 7040 oltre L. 616 uff. san., L. 1320 cavalc.; il tutto colle riduzioni di legge.

BOLLATE (*Milano*). — Consorzio per la condotta medico-chirurgica Bollate-Arese. A detto posto sono annessi i seguenti emolumenti: stipendio annuo L. 13.000, essendo il Consorzio classificato di 1ª Categoria; l'indennità di L. 3500 per mezzo di trasporto stabilito in carrozza con cavallo od automobile; l'indennità annua di L. 700 per le funzioni di Ufficiale Sanitario, se tale incarico verrà da S. E. il Prefetto conferito al vincitore del concorso.

Gli assegni e le eventuali indennità sono soggette alla riduzione del 12 % in base a R. D. 20-11-1930. Detti emolumenti sono al lordo di qualsiasi tassa, imposta o trattenute prescritte per legge. Lo stipendio è aumentato di un decimo dopo ogni quadriennio di servizio e per 5 quadrienni a decorrere dal 1° del mese successivo all'acquisto della stabilità. Scadenza 31 ottobre 1932. Per altri chiarimenti sui titoli od altro, rivolgersi al signor Erminio Mariani, presidente del Consorzio, Bollate.

BRESCIA. *Ammin. Prov.* — Scad. 30 nov.; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att.; riduz. 12 %; riconoscimento serv. ant.; premi di operosità; età lim. 35 a. al 1° sett.; tassa L. 50.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASANOVA ELVO (*Vercelli*). — Scad. 15 ott.; con Formigliana; L. 8000 e 10 bienni ventesimo oltre L. 500 trasp.; c.-v.; L. 500 uff. san.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto 30 ott., 3 medici chirurghi aggiunti; annue L. 4200 decurtate del 12 %; partecipaz.; nom. triennale; titoli ed esami; obbligo di residenza in Ospedale; guardie; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50. Rivolgersi Ufficio di Segreteria.

CONA (*Venezia*). — Scad. 31 ott., ore 18; L. 9000 aumentabili e altri proventi e indennità; età lim. 35 a.

CRISPIANO (*Taranto*). — Scad. 31 ott., ore 18; età lim. 35 a.; L. 10.500, oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 12 sett.; tassa lire 50,10.

FIRENZE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore del Consorzio, cui sono affidati anche altri incarichi; titoli ed esami; L. 30.000 e tre trienni dec., oltre L. 12.000 direzione Istituto di Pratolino; età lim. 45 a. al 16 sett.; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio. Scad. ore 18 del 17 nov.

LA SPEZIA. *Ospedale Vitt. Em. II (Opera Pia S. Andrea).* — Medico assistente per la medicina generale; scad. 31 ott.; età mass. 40 a.; titoli o esami; L. 5000 aumentabili.

LIGONCHIO (*Reggio Emilia*). — Scad. 27 ott., ore 9; L. 7040 aumentabili e altri proventi e indennità; incarico uff. san.; età lim. 23-35 a.

MANTOVA. — Scad. 7 dic.; medico di riparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

MARA (*Sassari*). — Scad. 15 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 uff. san.; riduz 12 %; tassa L. 50,10.

MOMBELLO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 23 nov.; L. 7000 oltre L. 2000 trasp., L. 700 uff. san.

MONDOLFO (*Pesaro-Urbino*). - - Scad. 15 ott.; consorzio con Fano per la fraz. di Marotta; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, cavalc. L. 3000, indennità consorziale L. 3000. c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MONTENERO D'IDRIA (*Gorizia*). — Scad. 31 ott.; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 automezzo obbligatorio, L. 600 ambulat. se a domicilio del med., L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MORCIANO DI LEUCA (*Lecce*). — Scad. 15 ott.; lire 8500, oltre L. 2000 cavalc., L. 1000 uff. san.; età lim. 40 a.

OSTELLATO (*Ferrara*). — Scad. 20 ott.; per Rovereto (2ª condotta); L. 8360 e 5 quadrienni dec. oltre L. 6400 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — La scadenza del concorso annunziato a 3 mesi dall'8 agosto nei fasc. 37 e 38 va rettificata al 10 ottobre.

RAGUSA. *Ospedale « B. Mussolini »*. — Per titoli: *a*) Primario chirurgo dirigente reparto chirurgia; *b*) Primario ostetrico-ginecologo dirigente reparto ostetrico e per la maternità ed infanzia; *c*) Aiuto medico addetto reparto medicina e servizio necroscopico; *d*) Aiuto chirurgo addetto reparto chirurgia e per la maternità ed infanzia; *e*) Preposto sezione radiologia e terapia fisica.

Stipendi Primari: L. 6000 e indennità speciale L. 4000; Aiuti: L. 5000 e indennità L. 2000. Preposto radiologia e terapia fisica: L. 5000 e indennità L. 1000. Compartecipazione proventi: Primari e preposto radiologia 40 %; Aiuti 20 %. Quattro aumenti quadriennali del decimo per i Primari. Periodo esperimento due anni. Nomina Aiuti e preposto radiologia, per quattro anni, rinnovabile di biennio in biennio. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50. Titoli: *per i Primari*: laurea conseguita da almeno nove anni ed aver prestato servizio in reparti rispettivamente chirurgici od ostetrici di ospedali con almeno 40 letti o in cliniche chirurgiche o istituti di patologia chirurgica ovvero cliniche ostetriche e ginecoiatriche per non meno di 5 anni se nella qualità di Aiuto o Assistente o per non meno di 3 anni se nella qualità di Primario, ovvero essere libero docente di patologia o clinica chirurgica o di clinica ostetrica ed essersi dedicato costantemente all'esercizio della chirurgia o dell'ostetricia. *Per gli Aiuti*: laurea da almeno 5 anni. Aver prestato servizio quale Aiuto o Assistente per almeno due anni in istituti universitari di clinica o patologia rispettivamente medica o chirurgica ovvero rispettivamente in reparti medici o chirurgici di ospedali importanti. *Per il preposto alla radiologia e terapia fisica*: laurea da almeno cinque anni e aver prestato almeno due anni di servizio effettivo in reparti radiologici di ospedali importanti o di istituti universitari. Titolo di preferenza per l'Aiuto chirurgo aver frequentato corsi di perfezionamento o disimpegnato incarichi di servizio nella branca ostetrica ginecologica. Età massima, salve deroghe legge: per i Primari anni 45, per gli altri posti anni 40. Scadenza termine presentazione domanda ore diciotto del sette novembre 1932. Per maggiori notizie chiedere bando concorso.

RIPALIMOSANI (*Campobasso*). — Scad. 26 nov.; L. 6000 da ridurre 12 %, 3 quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Governatorato*. — Posto di Assistente medico specializzato in otorinolaringoiatria. Scadenza ore dodici del giorno 31 ottobre 1932-XI.

Titoli di studio richiesti: *a*) Laurea ed abilitazione, ove occorra a norma di legge. *b*) Requisiti di competenza per la specialità otorinolaringoiatria. *Età*: Non maggiore anni 44 invalidi guerra e decorati; 40 anni ex combattenti e personale provvisorio Governatorato di Roma; 35 anni per gli altri. *Certificati di rito*: Tutti di data non anteriore di tre mesi all'8 settembre 1932-X. *Trattamento economico*: Stipendio: settemilaseicento; eventuali indennità caro-viveri, più lire settecentottanta annue, salva riduzione disposta R. D. L. 1491 del 20-XI-1930. Il vincitore sarà iscritto alla Cassa Governativa Previdenza per i Sanitari. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Personale del Governatorato di Roma.

SERLE (*Brescia*). — Scad. 15 ott.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; c.-v.

VERCELLI. *R. Prefettura*. — Scad. 25 ott.; uff. sanit. di Borgosesia; L. 7000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 trasp. e diarie; è ammesso l'esercizio della libera profess.; probabile direz. dei laboratori. Chiarimenti dall'Ufficio Sanitario della Prefettura.

ZENEVREDO (*Pavia*). — Scad. 15 ott.; con Bosnasco; L. 9680 e 5 quadrienni dec.; riconoscim. serv. ant.; L. 300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

CONCORSI A PREMI.

Reale Istituto Veneto.

Sono banditi i concorsi ai seguenti premi:

Premio « Querini Stampalia » di L. 10.000. — Tema: Azioni di mezzi non operatori sui tumori maligni. — Scade il 31 dicembre 1932.

Premio « Angelo Minich » di L 9000. — Tema: Nuovi contributi sia alla patogenesi nel campo della medicina interna, sia alle ricerche sperimentali sugli ultravirus filtrabili con speciale riferimento all'ultravirus tubercolare. Scade il 31 dicembre 1932.

Premio « Balbi Valier » di L. 6000. — Tema: All'Italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1929-1930 le scienze mediche e chirurgiche sia colla invenzione di qualche strumento o di qualche

ritrovato che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio. Scade il 31 dicembre 1932.

Premio Vittorio Grazzi.

Presso la R. Università di Pisa è bandito un concorso al premio « Vittorio Grazzi », dell'importo di L. 4500, per il miglior lavoro sulla otorinolaringoiatria.

Al concorso potranno essere ammessi i laureati in medicina e chirurgia da non più di tre anni alla data del 31 dicembre 1932.

Il premio è indivisibile e sarà conferito, a giudizio di apposita Commissione, a quello dei laureati autore del miglior lavoro sulla otorinolangoiatria fatto durante il triennio 1930-1932.

Il vincitore del concorso sarà padrone del manoscritto, ma questo dovrà essere pubblicato in lingua italiana (se non lo è già stato) dentro un anno dal conseguimento del premio. Un terzo di questo sarà pagato dopo la partecipazione del conferimento, e il resto dopo presentato il lavoro premiato già reso di pubblica ragione per le stampe.

I concorrenti al premio dovranno presentare entro il 31 dicembre del corrente anno, domanda (su carta da L. 3) al Rettore dell'Università di Pisa corredata del certificato di laurea in medicina e chirurgia (con indicazione della data di quest'ultima), e presentare insieme il lavoro, oggetto del concorso, sia manoscritto, sia pubblicato per la stampa.

Premio Tommaso De Amicis.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia bandisce un concorso al « Premio Tommaso De Amicis » per l'anno 1933.

Il premio di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del miglior lavoro, a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra un tema a scelta del concorrente che rifletta un argomento della specialità dermosifilopatica. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana.

Le memorie presentate al concorso dovranno essere copiate a macchina o stampate: sempre inedite. Modalità consuete.

I lavori saranno inviati in piego postale raccomandato al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma (120). entro il 30 giugno 1933. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi al segretario della Società.

Premio Middlemore.

L'Associazione Medica Britannica conferirà il premio Middlemore per il 1933 all'autore del migliore studio sul *trattamento del glaucoma*. Il premio venne fondato nel 1880 dal sig. Richard Biddlemore di Birmingham e viene conferito annualmente al miglior lavoro o saggio su qualsiasi soggetto scelto dall'Associazione nel campo della medicina o della chirurgia oculari. Consiste in un assegno di 50 sterline (circa 5000 lire it.) ed un diploma alluminato. I lavori vanno diretti a: The medical secretary, British Medical Association House, Tavistock-Square, London, W. C. 1., Inghilterra, non oltre il 31 dicembre 1932, segnati solo con un motto ed accompagnati da una busta sigillata che recherà esternamente lo stesso motto e conterrà il nome e l'indirizzo dell'autore.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La « Gazzetta Ufficiale » reca il Regio decreto 13 agosto 1932 concernente la conferma in carica del presidente generale e degli altri membri del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana della Croce Rossa:

L'on. cav. di gr. cr. Filippo Cremonesi, senatore del Regno, è confermato nella carica di presidente generale dell'Associazione della Croce Rossa Italiana;

L'on. dott. prof. Ettore Marchiafava, senatore del Regno, è confermato nella carica di vice presidente del Consiglio direttivo dell'Associazione predetta;

Sono confermati nella carica i componenti del Consiglio medesimo seguenti: on. Stefano Antonio Benni, deputato al Parlamento; generale marchese Francesco D'Aflitto; conte dott. Romeo Gallenga Stuart, senatore del Regno; on. conte Mario Nomis di Cossilla, senatore del Regno; marchese ing. Alberto Theodoli; duca Luigi Tosti di Valminuta.

Alla presidenza della Federazione milanese dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia è nominato il barone avv. Tullio Confalonieri, in sostituzione della sig.ra Bianca Fabbri, chiamata a Roma da altre attività benefiche.

Alla Fabbri è stato fatto omaggio di una medaglia d'oro, donata dalla Congregazione di Carità di Milano, e di un album contente le fotografie dei centri di assistenza materna, ai quali la Fabbri aveva specialmente rivolto le sue cure.

L'Accademia di Medicina di Buenos Aires ha per acclamazione eletto membro *honoris causa* il prof. Nicola Pende, della R. Università di Genova. Cordiali felicitazioni all'insigne clinico.

Con Decreto Reale, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale e in conformità ad unanime parere del C. S. P. I., è stata conferita la medaglia d'oro di benemerenza al grand'uff. prof. Giovanni Lorenzini, per la pubblicazione del Primo Trattato Italiano di Medicina Interna, con la collaborazione di valenti studiosi. Rallegramenti.

Il gr. uff. Ezio Granelli è stato decorato della Croce al Merito del Lavoro in riconoscimento della sua attività industriale nel campo chimico-farmaceutico. Rallegramenti.

La Commissione giudicatrice del concorso ad un premio della fondazione Tommaso Storelli fra laureati in medicina presso la R. Università di Bari nell'anno scolastico 1930-31, presa visione dei voti conseguiti negli esami e tenuto conto dei lavori presentati, ha conferito il premio al dott. Giuseppe Portoghese.

Il dott. W. F. Hughes è nominato professore di oftalmologia all'Università di Indiana (Stati Uniti), quale successore del defunto prof. A. E. Bulson.

Il dott. C. N. H. Long, professore assistente (aiuto) di ricerche mediche (patologia generale) presso la Facoltà medica dell'Università Mc Gill a Montreal (Canadà), è nominato direttore dell'Istituto medico G. S. Cox per le ricerche sul diabete nell'Ospedale Pennsylvania a Filadelfia.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Corso internazionale di alta cultura medica a Milano.

Il corso organizzato dalla Fondazione Tomarkine presso l'Università di Milano dal 12 settembre al 2 ottobre, ha avuto uno sviluppo imponente. Vi hanno portato il loro concorso didattico molti dei maggiori Maestri della medicina in Europa. Sono stati presi in esame alcuni territori definiti della medicina: cardiologia, oncologia, neurologia, ormonologia, vaccinazione antidifterica.

Abbiamo dato un cenno della cerimonia inaugurale. I giornali quotidiani hanno recato amplissime notizie sullo svolgimento del corso; qui ci limiteremo a richiamare i nomi, molto significativi, del corpo didattico (riportati nel nostro n. 25).

Le cerimonie commemorative di Koch e di Forlanini hanno assunto notevole solennità; oratori ufficiali furono M. Ascoli, B. Gosio, E. Morelli, E. Carpi, M. Taute, H. Alexander. In tale occasione è stata offerta, ai convenuti, una medaglia commemorativa del Forlanini.

Hanno avuto luogo escursioni, visite e festeggiamenti.

La chiusura del corso ha avuto luogo solennemente, nell'aula magna universitaria, con l'intervento delle autorità.

Convegno regionale sulla tubercolosi.

Verso la metà del novembre p. v. la Sezione del Lazio della F. I. N. F. per la Lotta contro la Tubercolosi, presieduta dall'on. prof. E. Morelli, terrà un Convegno Regionale in uniformità a quanto avviene nelle altre Sezioni ed è stabilito dal regolamento della Federazione stessa.

In tale occasione verranno trattati argomenti d'indole clinica e sociale e potranno essere svolte comunicazioni di vario genere.

S'invita ad inviare alla Segreteria (Istituto « Benito Mussolini », Porta Furba, Roma) la propria adesione ed il testo delle eventuali comunicazioni non più tardi del 15 ottobre.

La quota d'iscrizione al Convegno è di L. 30, con diritto a parlare ed a ricevere gli atti del Convegno stesso.

I soci della Federazione, in regola con i pagamenti, non pagano nulla.

Bibliografia Medica Italiana.

La « Bibliografia Italiana », che si pubblica sotto gli auspicî della Reale Accademia d'Italia e del Consiglio Nazionale delle Ricerche, comprende varie sezioni, tra cui una di medicina ed una di biologia. Per la raccolta, lo spoglio e la recensione del materiale sono stati costituiti rispettivamente due gruppi redazionali. La redazione della Sezione di medicina è costituita dai dottori: prof. G. Tommasi Crudeli redattore capo, G. Tegoni primo redattore, M. Torrioli, G. Ferro-Luzzi e C. Arullani redattori, C. Corelli segretario di redazione. Si tratta di nomi ben noti ed apprezzati nelle discipline mediche e che offrono le maggiori garanzie. Per la sotto-sezione destinata alla biologia, la quale interessa molto largamente i medici, la redazione è pure composta da valenti studiosi: redattore capo il prof. S. Visco, redattore la dott.a B. Mattei, segretario di redazione il dott. C. Corelli. Il segretario di redazione viene a formare un legame tra i due gruppi.

Ricordiamo che i comitati direttivi per la medicina e per la biologia sono presieduti da due alte competenze, che onorano la medicina italiana: gli accademici D. De Blasi e F. Bottazzi.

Nel giornalismo medico.

La « Revista de la Asociación Médica Argentina » ha assorbito la « Revista de medicina interna y tisiologia » e la « Revista de especialidades »; si pubblica ora in fascicoli mensili, che accolgono la produzione delle Società federate di medicina interna, tisiologia, oftalmologia, oto-rino-laringologia, psichiatria-neurologia, farmacologia-terapia, tossicologia-medicina legale, igiene, nonchè alcune società locali a carattere generale. Ne rimane indipendente la « Revista de la Sociedad argentina de biologia ».

Nuovo centro medico a New York.

Col 1° settembre è entrato in funzione il Centro medico del « New York Hospital » e della « Cornell Medical College Association », che risulta di un gruppo di edifizi tra la 68ª e la 71ª strada; domina, tra essi, il « General Hospital », di 27 piani; ne fanno anche parte una maternità, un pedocomio ed un ospedale psichiatrico. Il centro è capace di 1000 letti e può accudire a 1000 pazienti ambulatoriamente. L'assistenza è delle più complete; sono addetti al centro, in forma permanente, 125 medici, 500 infermiere e 200 impiegati; l'insegnamento può essere impartito a 300 studenti delle classi superiori, nonchè a numerosi laureandi.

Corsie e camere anallergiche.

Nel « Research Hospital » (Ospedale per ricerche scientifiche) annesso all'Università di Illinois, in Chicago, è stata allestita una speciale corsia per pazienti con pollinosi. Filtri speciali depurano dal polline l'aria immessa nella corsia; i pazienti sono accolti dal 15 agosto al 1° ottobre, solo per la notte.

Anche il Vesley Memorial Hospital, della stessa città, ha annunziato di aver allestito parecchie camere in cui si respira solo aria filtrata ed i materassi e i guanciali sono rivestiti di gomma.

(Dal « Journal A. M. A. », 3 sett. 1932).

Per l'igiene negli alberghi e nelle pensioni.

Il prefetto della provincia di Roma, Montuori, ha diramato ai podestà e commissari prefettizi una opportuna circolare, con cui dispone che gli uffici sanitàri esercitino una rigorosa vigilanza sugli alberghi e sulle pensioni, affinchè siano osservate le norme dell'igiene, che nella circolare vengono richiamate.

Le medichesse in Spagna.

Da una conferenza del dott. Carabías si rileva che in Spagna il primo diploma di medicina a una donna fu rilasciato nel 1882, alla dott.ssa Martina Castañeda: in quell'occasione gli studenti fecero dei cortei con musiche e con bandiere e tutte le scuole vennero chiuse per un giorno, in segno di festa. Poi il numero delle medichesse è venuto aumentando: ora se ne contano un centinaio. Si è lontani dal numero imponente che si riscontra in altri Paesi, come la Francia; nonpertanto in Spagna tutte le carriere sono dischiuse alle medichesse; all'ultimo congresso dell'Associazione internazionale delle donne laureate in medicina, destò non poca sorpresa l'apprendere che in Spagna

vi erano due medichesse di bordo, dott.sse Soriano e García de Cora.

Malgrado la pletora medica, le medichesse sono molto stimate e benvolute dai colleghi.

La pletora medica in Spagna.

È stato indetto a Madrid un convegno per prendere in esame la situazione creata dalla sovrabbondanza di medici, molto superiore ai bisogni del Paese. Si laureano incirca 1000 medici l'anno, mentre ne muoiono incirca 200; è così che si contano ora circa 10.000 medici praticamente disoccupati. La situazione è aggravata dal gran numero di ausiliari delle arti sanitarie, di empirici e di ciarlatani che usurpano le funzioni dei medici.

La prossima riunione è preparata dal dott. Pio Brezosa Tablares, calle Salmerón 100, Barcelona, Spagna.

Pletora di studenti in Ungheria.

Dalle varie università ungheresi sono state respinte più di 2000 domande d'iscrizione. Il numero limite d'iscrizioni è fissato in 2600; il maggior numero di aspiranti respinti si è avuto per le Facoltà di medicina; invece si è avuta scarsezza di aspiranti per le Facoltà di diritto. (« Siglo Méd. », 10 sett. 1932).

Adunanza di medici ferroviari.

La « Pacific Railway Surgeons Society » si è adunata a El Pasa nei giorni 7 e 8 ottobre. Sono state fatte pregevoli comunicazioni; erano invitati ed hanno partecipato al convegno anche medici non addetti alle ferrovie. Contemporaneamente si è svolto un congresso della Società medica locale.

Congresso di medici socialisti in Spagna.

Questo congresso, da noi già annunziato, si è svolto a Madrid, nella Casa del Popolo, sotto la presidenza del dott. Verdes Montenegro, allo scopo precipuo di organizzare una Federazione dei medici spagnoli sindacati. Venne inviato un voto di plauso al direttore generale della sanità, Martinez Marcelino Pascua, il quale è un socialista militante, di molta attività politica. Venne approvato un voto di solidarietà con i camerati russi, in difesa della rivoluzione proletaria....

Medici musicisti.

In occasione del 4° corso di coltura medica tenuto a Varese, l'A.M.M.I. (Associazione Medici Musicisti Italiani), presieduta dal prof. Sacconaghi, aderendo ad un invito del direttore del corso, prof. Ponticaccia, ha tenuto, nel salone degli Estensi di questa città, un concerto a favore dell'Ente Opere Assistenziali della provincia. Vi ha partecipato una insigne cantante, signorina Licia Albanese. Il programma era oltremodo vario ed attraente.

In materia di responsabilità degli ospedali.

Il Tribunale di Milano ha riconosciuto la responsabilità civile dell'Ospedale Maggiore, per una iniezione di biioduro mercurico praticata da uno studente di medicina ad un degente, con lesione di un ramo dello sciatico, nevrite consecutiva e alterazione permanente.

Gli studenti, osserva la sentenza, sono ammessi negli ospedali per studiare e fare pratica, non già per sostituire il personale ospitaliero nelle cure degli ammalati.

Chirurghi condannati in Germania.

Nel Tribunale di Offenbourg (Germania) si è svolto un processo contro il dott. Karl Merk, primario nell'Ospedale Municipale di Kehl, nonchè contro i suoi assistenti, per avere operato 41 donne di castrazione. Gl'interventi non furono mai seguiti da complicazioni. Il Merk, principale accusato, invocava delle ragioni mediche per giustificare le sterilizzazioni; ma il Tribunale non ha ammesso, per la maggioranza dei casi, la fondatezza dell'indicazione all'intervento, poichè l'incolpato non riuscì a produrre le storie cliniche. La sentenza dichiara l'intervento « lesione corporea grave » e condanna il Merk ad un anno di prigione ed i suoi assistenti a sei mesi e sei settimane di prigione.

Sequele del processo di Lubecca.

I giornali hanno dato notizia dei suicidi di due personalità eminenti che ebbero parte nel processo di Lubecca: in primo tempo uno degli avvocati difensori, dott. Walter Lissen; poi il presidente del processo, dott. Wibel, il quale non si era potuto rimettere dalle emozioni cagionategli dal verdetto, che egli forzatamente ha dovuto emettere e che condanna gl'imputati alle note pene. I difensori dei condannati avevano già chiesto la revisione del processo, asserendo che all'epoca del dibattimento il dott. Wibel, non era nel pieno possesso delle sue facoltà mentali.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Jacob Berlstein, primario nell'Ospedale di Varsavia, 52enne, è rimasto ucciso in un sinistro automobilistico presso Montebello (Pavia); venne mortalmente ferita anche la moglie Anie Bern (di 42 anni, per frattura della colonna vertebrale) e furono gravemente feriti i figli Ivan e Karl (di 12 e 15 anni).

Condanna di autolesionisti.

Sono comparsi dinanzi al Tribunale territoriale militare di Roma alcuni soldati della provincia di Trapani che, arruolati nel 22° Reggimento fanteria di stanza a Pisa, avevano creduto di potersi esimere dal servizio e far ritorno alle loro case, procurandosi delle forme purulente di otite, in qualche caso anche grave, mediante immissione nel dotto auricolare di sostanze estranee più o meno irritanti.

Il ripetersi di questi casi destò qualche sospetto nei preposti al servizio sanitario, provocando un'inchiesta che colpì i responsabili e fece cessare il delittuoso traffico.

Sono state pronunziate varie condanne, fino ad un massimo di anni uno e mesi sei.

È morto in età avanzata il principe OLDENBURG, gran signore russo, che dopo essere stato un militare di carriera fino al 1880, si consacrò alla beneficenza ed al sapere. Fu presidente della Croce Rossa del suo Paese e fondò numerose istituzioni caritatevoli; nel 1889 creò l'Istituto di medicina sperimentale, ove Pavlov ha compiuto la maggior parte delle sue ricerche. Lavorò con Pasteur. Fu fatto dottore *honoris causa*. Durante la guerra mondiale venne messo alla testa del servizio sanitario dell'Esercito russo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Jornal dos Clín., 30 apr. — J. MOREIRA DA FONSECA. Alcoolismo e glandole endocrine.

Indian Med. Res. Memoirs, mar. — K. B. MADHAVA. La tiroide.

Lancet, 14 mag. — J. BERRY. Idoli caduti; il caso dell'appendicite. — L. J. HARRIS. Come agisce la vitamina D.

Deut. Med. Woch., 13 mag. — BACMEISTER. Influenza esercitata sulla tbc. da altre malattie. — W. SCHOLTZ. La batteriologia nello sviluppo della dermatologia.

Mediz. Welt, 14 mag. — C. FUNK. Allergia alimentare nella patogenesi delle malattie interne.

Revue Neurol., apr. — F. BREMER. Farmacologia del tono muscolare. — T. DOSZUKOV. Apparecchio vestibolare e tono muscolare.

Paris Méd., 14 mag. — P. SAINTON. Gli stati intersessuali.

Gaz. d. Hôp., 11 mag. — Numero sulla tbc.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mag. — Numero sul reumatismo tbc.

Minerva Med., 5 mag. — C. CIPRIANI e D. BORRA. L'ammoniogenesi nel diabete insipido.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sulla tbc. scolastica.

Presse Méd., 11 mag. — M. POLONOWSKI e P. BOULANGER. L'ammoniaca urinaria nelle nefriti e nelle nefrosi.

Giorn. di Cl. Med., 30 apr. — DE BEULE e al. La stasi duodenale cron. — P. GUIZZETTI. L'ipofisi cerebr. nell'encefalite letargica. — G. LUCCHI. Fisiopatologia della vecchiaia.

Rif. Med., 3 0apr. — A. ASTUNI. Cura batteriofagica delle infezioni chirurgiche. — V. FOSSATI. Pressione media.

Wien. Klin. Woch., 13 mag. — RÖSSLE. Manifestazioni tissulari dell'allergia. — HELLER. Profilassi della difterite alla Loewenstein.

Rev. de Cir. de Barcelona, feb. — M. BASTOS e J. D'ARCOUT. Lipogranulomatosi (morbo di Makai).

Zeitsch. f. Tuberk., mag. — H. BRAUENING. L'inizio della tbc. nell'adulto. — H. LICHTENSTEIN. Caverne polmonari nella linfogranulomatosi.

Minerva Med., 12 mag. — A. CECONI. L'infezione reumatica. — G. FERRIA. Febbre sifilitica a tipo malarico.

Morgagni, 8 mag. — M. TESTOLIN. Estratti ipofisari e glicoregolazione.

Bruxelles-Méd., 15 mag. — M. DE LAET. Diabete e traumatismi.

Scalpel, 14 mag. — I. BLISTEIN. Immunità locale e antivirusterapia.

Riv. Sanit. Sicil., 15 mag., — S. MAGGIORE. Meteoropatie, ciclonopatie, ciclonosi nell'infanzia. — L. AJELLO. Sistema di Goldmann nella gravidanza.

Nutrition, 1. — Numero sui disturbi digerenti della seconda infanzia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. **A. POZZI, resp.**

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Ricordiamo ai lettori del « POLICLINICO » *le seguenti importanti pubblicazioni:*

Dott. Prof. GUIDO EGIDI
Libero doc. di Patologia Chirurgica nella R. Università
Chirurgo Primario negli Ospedali Riuniti di Roma.

Atlante schematico di punti e nodi chirurgici

Riportiamo quanto, sul predetto Atlante, è stato scritto nel n. 2 del XXVIII volume dell'« Archivio Italiano di Chirurgia dall'Illustre prof. MARIO DONATI:

« *In ricca veste editoriale, l'A. espone con disegni schematici e brevi spiegazioni il modo di eseguire i vari nodi e punti che più interessano il chirurgo. Data l'importanza fondamentale di questi atti elementari della tecnica operatoria, e la necessità per i giovani chirurghi di contrarre esatte consuetudini al riguardo, il volumetto potrà riuscire di prezioso aiuto.*

« *Molta parte l'A. ha dato alla descrizione del punto incrociato, per i vantaggi che esso ha indubbiamente in molte circostanze, nè ha trascurato i punti e nodi più ordinari.*

« *La chiarezza e il numero delle figure sono poi tali da dare impronta di originalità all'atlante, anche se tratta di argomento indubbiamente tutt'altro che nuovo* ».

L'Atlante si compone di 25 Tavole, contenenti 66 nitidissime figure, racchiuse, ma snodate e tenute ferme con due perni d'ottone, in elegante album rilegato alla bodoniana.

Prezzo L. **30**, più le spese postali di spedizione
Per i nostri abbonati sole L. **25,90** in porto franco.

Prof. Dott. ALFREDO D'AVACK
Libero Docente di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma.

Terapia Generale Chirurgica Ortotetica e Paratetica

Volume in-8°, di pagg. XII-407, nitidamente stampato su ottima carta, con 62 figure intercalate nel testo.

Prezzo L. **50**. Per i nostri abbonati sole L. **25,90** in porto franco.

Prof. ANTONIO DE CASTRO
Docente di Clinica Chir. e di Medicina Operatoria.

Complicazioni post-operatorie e loro terapia

Volume in-8°, di 468 pagine, in ottima veste tipografica. Prezzo L. **60** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **55** in porto franco.

Dott. E. FIORINI
Aiuto nel Reparto Chirurgico dell'Osp. Civile di Verona diretto dal prof. **Saverio Spangaro**

La Chirurgia dell'Intestino Ileo-Terminale
(CONTRIBUTI)

INDICE. — Prefazione. — Cap. I. CENNI DI ANATOMIA, FISIOLOGIA ED EMBRIOLOGIA DELL'INTESTINO ***Ileo-Terminale.*** Anatomia normale. Fisiologia. Meccanismo d'azione della valvola ileo-cecale. Sviluppo embriologico. — Cap. II. LA DIAGNOSI DELLE AFFEZIONI DELL'ILEO TERMINALE. Anamnesi. Sintomatologia, ecc. Radiologia. — Cap. III. LE ANOMALIE DI SVILUPPO DELL'INTESTINO ILEO-TERMINALE. Vizi di forma. Aderenze e membrane. I diverticoli. Classificazione. Le diverticoliti. Occlusioni intestinali da diverticolo di Meckel. Ulcera peptica, perforante del diverticolo di Meckel. Il diverticolo di Meckel nelle ernie. I tumori del diverticolo di Meckel. ***Cisti congenite.*** Enterocisti. Cisti dermoidi. Stenosi ed interruzioni congenite. — Cap. IV. STENOSI, OCCLUSIONI, STROZZAMENTI DELL'INTESTINO ILEO-TERMINALE. Cause stenosanti ed occludenti. Sintomi e cura delle stenosi semplici. Sintomi e cura delle occlusioni e strozzamenti. — Cap. V. LE INVAGINAZIONI DELL'ILEO TERMINALE NEL GROSSO INTESTINO. Etiologia e Patogenesi. Sintomi. Radiologia dell'invaginazione ileo-ceco-colica. Cura. — Cap. VI. LE NEOFORMAZIONI A CARICO DELL'INTESTINO ILEO-TERMINALE. ***Tumori.*** Tumori benigni e cisti acquisite. Tumori maligni. Sarcomi. Carcinomi. Linfogranuloma maligno. Tubercolosi iperplastica. Actinomicosi. — Cap. VII. ULCERAZIONI DELL'INTESTINO ILEO-TERMINALE E LESIONI DA TRAUMI. Ulcerazioni. Sintomi e diagnosi. Lesioni da traumi. ***Bibliografia***

Volume in-8° grande, di pagine 246, nitidamente stampato su carta uso mano-macchina, con numerose figure schematiche nel testo e molte fuori testo, stampate in carta patinata.

Prezzo L. **24**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **21,60** in porto franco.

Dott. GUIDO EGIDI
Docente di Clinica Chirurgica nella R. Università
Chirurgo Primario nell'Ospedale di S. Spirito di Roma

Trattamento delle lesioni cranio-cerebrali traumatiche (escluse quelle da arma da fuoco).

Atlante dimostrativo

Si compone di 12 pagine di Premessa e di 62 nitidissime figure, tutte con relativa spiegazione, stampate su 30 tavole racchiuse, ma snodate e collegate con due perni d'ottone, in elegante Album rilegato alla bodoniana.

Prezzo L. **30** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **25,90** in porto franco.

Avvertenza. — Le figure del suddetto Atlante dimostrativo vengono illustrate in modo esauriente dalla Relazione, fatta dal predetto Prof. EGIDI, al XXXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, volume di 156 pagine, che è ceduto ai nostri abbonati per sole L. **10,60** in porto franco. Coloro che già posseggono questo volume possono richiedere il solo Atlante, inviando relativo Vaglia all'Editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

N. B. — Inviando L. **35** si riceverà l'Atlante ed il volume.

Prof. ANTONIO DE CASTRO
Docente di Clinica Chir. e di Medicina Operatoria.

Chirurgia del Carcinoma della Mammella

Volume in-8°, di 366 pagine, in nitidissima veste tipografica, con 18 tavole fuori testo. Prezzo L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **46** in porto franco.

Prof. dott. RAFFAELE CALVANICO
lib. doc. di Patologia spec. chir. dimostrativa nella R. Università di Napoli.

Il cancro mammario
e i metodi da preferirsi nella sua estirpazione

Volume in grande formato con 28 tavole in nero fuori testo. Prezzo L. **90** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **82** in porto franco.

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE
A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia.
Membro corrispondente dell'Accademia Medica di Roma.

Il Problema del Cancro

Traduzione in riassunto dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, a cura dei Dottori **Giovanni Perilli** e **Arnaldo Pozzi.**

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clin. Chirurg. della Univ. di Roma.
Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sulla lotta e sugli studi contro il cancro in Italia

del suddetto prof. R. ALESSANDRI e del prof. R. BRANCATI, 1° aiuto nella R. Clinica Chirurgica di Roma, nonchè tutta la **bibliografia oncologica italiana** più recente (1910-1926).

La prima copia di questo libro, venne presentata a S. E. MUSSOLINI il quale, compiacendosi vivamente con l'autore e con i collaboratori, ha molto gradito l'omaggio, e ha consegnato al prof. Bainbridge una sua fotografia con dedica.

Un volume in-8°, di circa 400 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.
Prezzo L. **60**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **52** in porto franco.

Indirizzare vaglia e lettere all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14, ROMA

ANNO XXXIX Roma, 17 Ottobre 1932 - X Num. 42

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Prof. C. FRUGONI, direttore.

Nefrosi lipoidea.

LEZIONE CLINICA

raccolta dal dott. M. PISA (1).

Vi presento un uomo di 25 anni, di professione stagnino. Il padre, facchino, è morto a 50 anni dopo una lunga malattia orinaria su cui non abbiamo dettagli: ed è questo l'unico dato rilevante dal lato famigliare. Quartogenito di sette fratelli, il paziente ha avuto nascita, infanzia e sviluppo perfettamente regolari in ambiente di vita normale. È un buon mangiatore; non ha mai disordinato nel bere e nel fumare.

L'anamnesi patologica registra il morbillo nell'infanzia, a 16 anni una degenza di due mesi in ospedale per una ferita al piede destro, prodotta sul lavoro, che non compromise la funzione dell'arto, a 18 anni una malattia non bene precisata che durò due mesi e pare fosse un'enterocolite: vi erano dolori addominali particolarmente vivi alla fossa iliaca sinistra, diarrea, astenia; ne guarì, e null'altro ebbe fino alla malattia attuale che cominciò lentamente tanto che non si può bene precisarne l'inizio; ma da anni di tratto in tratto aveva qualche molestia alla gola: egli non crede però di aver mai sofferto di angina e riferisce che solo avvertiva un senso di difficoltà meccanica alla deglutizione.

Al principio del dicembre 1931, in pieno benessere, notò che le gambe, e specie la destra, si erano fatte edematose fino al ginocchio; dopo una decina di giorni, senza il minimo disturbo soggettivo, gli edemi si estesero alle regioni periorbitarie dove all'inizio erano variabili, modesti, particolarmente evidenti al mattino e poi divennero notevoli e fissi. Il malato non aveva dolori, non febbre: non notò diminuzione delle orine che, al contrario, si fecero forse più abbondanti. Fu solo per consiglio dei famigliari, preoccupati, che chiese la visita del medico; e questi, constatata un'ingente albuminuria, prescrisse il riposo e una stretta dieta lattea. L'edema si ridusse notevolmente, mentre la diuresi si faceva abbondantissima; insorgeva intanto qualche vago dolore diffuso a tutto il corpo

(1) La lezione ha avuto luogo il 27 feb. 1932.

senza che al medico fosse possibile obbiettivare nulla di notevole. Si fu soltanto dopo una quindicina di giorni di degenza in letto che, il 5 gennaio, avvertì una leggera molestia alla gola con difficoltà alla deglutizione: e il curante, che già in precedenza aveva esaminato il faringe con esito negativo, trovò per la prima volta le tonsille arrossate e tumide con qualche piccolo zaffo purulento. Intanto l'albuminuria si faceva più spiccata e l'edema era sempre manifesto, sì che tutta la cute del malato si presentava succulenta e imbibita, come se avesse subito un repentino ingrassamento. Dal 20 gennaio circa poi insorgeva un disturbo nuovo: il malato, pur non avendo dolore alla respirazione, nè vero affanno, nè tosse, nè catarro, nè disfonia, osservò che il decubito laterale, tanto a destra che a sinistra, gli provocava rapidamente molestia di respiro: sì che da allora fu costretto a tenersi costantemente supino, sul dorso. L'8 febbraio, fattosi più debole e non risolvendosi gli edemi, entrava in Clinica.

E noi abbiamo ricevuto un malato le cui condizioni generali corrispondevano quasi del tutto a quelle che ancor oggi potete vedere. È un individuo normotipo, cioè appartenente alla seconda combinazione morfologica, e all'esame generale colpisce immediatamente un dato patologico che riguarda lo stato dei tegumenti: il volto è pressochè normale o solo leggerissimamente imbibito ma il tronco e gli arti sono decisamente e uniformemente edematosi e specie gli arti inferiori, dove sul dorso del piede resta netta l'impronta a scodellino della pigiatura; uguale reperto si ha alla faccia interna delle coscie, al dorso, al sacro. Lo scroto è enorme; sono scomparse le sporgenze e le rientranze che siamo soliti veder determinate dai contorni muscolari degli arti e al tronco; le fosse claveari sono appianate: il malato è tutto avvolto da un manicotto di aspetto gelatinoso e lo possiamo dire anasarcatico poichè anche vi sono versamenti a carico delle cavità interne. I tegumenti sono pallidi, il polso è normale così come normale è la consistenza delle arterie, ma con pressione di 93 Mn. e 135 Mx al Riva Rocci; il respiro è piuttosto aumentato di frequenza, poichè abbiamo 22-24 atti al minuto, in assoluto riposo, e il sistema linfatico è assolutamente, perfettamente normale.

Per quanto riguarda gli esami segmentali, al volto vi era all'ingresso un subedema periorbitario di cui non abbiamo più traccia; e niente vi è da segnalare al capo, dove sono normali i movimenti e la statica e reflettività oclulopalpebrali e il fondo oculare e il visus. Lo specialista otorinolaringoiatra ha constatato « deviazione del setto nasale e rinite purulenta cronica, tonsillite parenchimatosa cronica », mai cefalea. Il collo è di forma tozza per lo stato dei tegumenti ma non offre rilievi importanti: anche la tiroide, palpabile, ha normali volume e consistenza. Reperti patologici troviamo invece al torace dove già l'ispezione ci mostra le basi espanse e svasate più per lo stato particolare della cute che per alterazioni intrinseche. Il respiro è calmo, superficiale; ma se mettiamo il malato nella opportuna posizione di luce incidente vediamo che manca il fenomeno di Litten che di solito ci assicura della normalità dei movimenti diaframmatici e dei seni pleurici costali. Alla palpazione non si ha dolenzia, ma il fremito vocale tattile che anteriormente è normale, viene avvertito posteriormente solo fino all'angolo della scapola, non da qui alla base. La percussione anteriore dà un suono chiaro polmonare bilateralmente; ma se mettiamo il malato seduto dopo aver delimitato in posizione supina l'area dell'ottusità epatica vediamo che compare subito sopra una striscia di smorzamento plessico che prima mancava. Così abbiamo ottusità nelle regioni laterali ascellari dal lato corrispondente al decubito, ottusità che col decubito stesso è largamente mobile; e abbiamo posteriormente un'ottusità che occupa la metà inferiore dei due emitoraci e, in corrispondenza, anche la colonna vertebrale. All'ascoltazione anteriormente il respiro è normale, lateralmente è scarso, posteriormente in zona ottusa è dolcemente soffiante: e qui avvertiamo anche egofonia e pettoriloquia afona. Se poi mettiamo il malato bocconi le zone che prima erano ottuse divengono chiare e ricompare il murmure vescicolare. Non si riesce a sentire nessun rumore patologico, nessun sfregamento.

Permettete che mi esoneri dall'esame sistematico della regione cardiaca: ivi tutto è negativo percussoriamente e ascoltatoriamente e manca anche il reperto ispettivo e palpatorio dell'itto puntale poichè l'impulso del cuore non è attraverso i tegumenti edematosi percettibile. I toni sono normali.

All'addome, che ha aspetto svasato e presenta la cicatrice ombellicale pianeggiante, palpiamo la grande edemazia delle pareti e avvertiamo un modesto senso di fiotto; non sentiamo masse nè resistenze patologiche; vi è suono timpanico in alto, ottusità nelle parti declivi a linea concava in alto. E se, stabilita così la presenza di liquido nel cavo peritoneale, cerchiamo con le classiche manovre di documentarne la mobilità, vediamo che questa esiste ed è al pari delle ottusità toraciche pronta e rapida. Perfettamente normali sono gli organi ipocondriaci così come normale è ogni reperto agli arti dove, tranne gli edemi, nulla vi è a carico della motilità, del tono e del trofismo muscolare, della reflettività.

Per quanto concerne le ricerche mi limiterò ora ad esporvi solo i dati più comuni: gli altri ve li verrò dicendo in corso di tratta-

zione man mano che se ne presenterà l'occasione.

L'esame del sangue non dà, in contrasto con il pallore del malato, reperti di anemia: vi è Hb 92, globuli rossi 4.780.000, valore globulare 0,96, globuli bianchi 7.800. Di modificazioni avvenute in corso di degenza, vi dirò più avanti le cifre e la ragione. La formula leucocitaria è: polinucleati neutrofili 53, eosinofili 4, basofili 1, monociti 6, linfociti 36, senza alterazioni a carico della serie rossa.

Le orine, la cui quantità giornaliera ha oscillato durante la permanenza in Clinica fra 500 e 700 cmc., hanno P.S. 1020, colore giallo scuro, aspetto torbido, reazione acida. All'esame chimico si è constatata presenza di albumina in altissima quantità, dal 16 al 25 ‰; assenza di indacano, glucosio e urobilina; contenuto di cloruri scarso, intorno al 3 ‰; urea nella percentuale del 13,3 ‰; una lievissima reazione positiva per il sangue. Esaminando il sedimento al microscopio, abbiamo trovato moltissimi cilindri ialini e granulosi e qualche globulo rosso e bianco.

Sul liquido estratto dalle pleure vi dirò in seguito dettagliatamente: mi limito per ora ad accennare che esso ha aspetto limpido, acquoso; che la sua densità è 1010; che la reazione di Rivalta è negativa, come suole avvenire nei liquidi trasudativi.

La pressione arteriosa, come vi ho detto, è 93-135 al Riva-Rocci.

Negativo è l'esame specialistico del fondo oculare.

Il siero di sangue ha l'aspetto decisamente lattiginoso che vedete.

Le reazioni di Wassermann, di Meinicke e di Kahn sono state negative. Negative pure le reazioni sierologiche e cutanee per l'echinococco eseguite con le solite modalità di tecnica.

Il chimismo gastrico, studiato a digiuno e dopo somministrazione del pasto di Leube, è risultato normale.

La prova dell'adrenalina ha dato, dopo iniezione sottocutanea di 1 mmg. del farmaco, aumento della pressione da 98 a 100 per la minima e da 136 a 147 per la massima, mentre il polso saliva di frequenza soltanto da 80 a 84.

Riflesso oculo cardiaco — 6.

All'esame radiologico del torace, si è veduto che le basi sono occupate da una zona di opacità limitata in alto da una linea ascendente verso l'ascella. Detta opacità si sposta facilmente e cambia forma con i cambiamenti di posizione dell'infermo, come si suole verificare quando esiste versamento pleurico a grande mobilità. Alla porzione media dell'emitorace destro si nota un complesso primario situato subito al di sopra della linea interlobare.

Siamo dunque di fronte ad un malato in cui, senza cause apparenti, si sono manifestati edemi diffusi e progressivamente crescenti che lo hanno, per così dire, avvolto; in cui si sono formati versamenti cavitari multipli e nel quale abbiamo constatato alterazioni della funzione renale e della composizione delle orine; per poterlo bene interpretare, in modo da risalire alla patogenesi di tutti questi fatti morbosi, dobbiamo contemporaneamente spiegare e gli edemi e i versamenti e le anomalie orinarie.

Che possa trattarsi di polisierosite è evidente che no. Vero è che nel polmone abbiamo trovato radiologicamente i segni di una pregressa lesione specifica tubercolare con l'aspetto caratteristico del complesso primario di Ranke; ma è altrettanto vero che il liquido che abbiamo estratto dalle pleure non ha nessuno dei caratteri che siamo soliti riscontrare nei versamenti infiammatori. Non sarebbe argomento sufficiente ad escludere la polisierosite il fatto che il malato è apirettico, non ha un colpo di tosse e ha una grande tolleranza verso i suoi versamenti: vedrete talvolta venire a voi malati con versamenti pleurici imponenti, tali da riempire interamente di essudato le cavità, che si sono orditi lentamente e subdolamente, senza febbre o quasi, senza dolori, senza notevoli disturbi soggettivi; ma sono queste evenienze del tutto eccezionali su cui non è possibilie costruire delle regole.

E nella polisierosite il versamento pleuritico non ha il carattere di grande, pronta mobilità che vi ho obbiettivamente potuto mostrare; avete veduto che, mettendo il malato bocconi, le basi si rischiarano subito e totalmente e vi ho detto che nella zona precedentemente ottusa non si ascolta il benchè minimo sfregamento. Un essudato può — è vero — essere molto facilmente spostabile, ma non mai come nel caso nostro; in corso di pleurite una mobilità così pronta l'osserveremo solo se insieme al liquido coesiste nella pleura anche dell'aria — idropneumotorace — e quest'evenienza non possiamo qui nemmeno mettere in discussione. E un versamento di antica data come è questo se fosse di natura essudativa sarebbe già andato incontro a fenomeni di organizzazione, sarebbe imbrigliato da aderenze, offrirebbe i reperti di una pleurite plastica, e si sentirebbero sfregamenti, reperti che mancano del tutto. Di più, se anche potessimo ammettere la polisierosite, non troveremmo in essa la ragione degli edemi e delle alterazioni renali; è chiaro che la spiegazione dobbiamo cercarla altrove.

Di fronte a uno squilibrio idrico che è insorto seguendo le leggi della gravità, che è, per usare una frase espressiva, venuto su da terra e che lascia del tutto o quasi libero il volto viene fatto di pensare anche a un fattore meccanico venoso; ma dovremmo ammettere delle

trombosi multiple, in giù nella cava inferiore per renderci ragione degli edemi, in su delle azigos per spiegare i versamenti pleurici; e queste trombosi non sapremmo a che cosa attribuirle e come spiegarle. Nè è il caso di perdere molte parole per escludere l'origine mediastinitica dei versamenti pleurici; dacchè non vi sono segni di compromissione del mediastino e dovremmo poi invocare un'altra malattia per interpretare le lesioni extra toraciche. Nè può pensarsi a una cardiopatia. Questa potrebbe giustificare il tipo e il modo di insorgenza dello squilibrio idrico, le lesioni renali, l'albuminuria, la cilindruria. Ma un cardiaco che avesse tali manifestazioni dovrebbe essere in istato di profondo scompenso, e noi troviamo invece pressione un po' più alta del normale, fegato normale, respiro tranquillo, polso ritmico, nulla di polmonare alle basi, cuore indenne e albuminuria eccessiva per essere da stasi: ben altro sarebbe il reperto obbiettivo di un cuore tanto insufficiente da dare origine a un simile anasarca!

La nostra attenzione deve quindi rivolgersi al rene e dobbiamo invocare a base del quadro morboso una lesione renale; quale? Nefrite, nefrosi o forma mista?

Non è mio intendimento farvi una lunga dissertazione sulla classificazione delle malattie renali; ma qualche dato in proposito è, per chiarezza didattica, necessario. Voi sapete che un tempo si usò in clinica la terminologia anatomo-patologica; e si parlava di rene grinzo, di grosso rene bianco, di rene variegato ecc. Ma questo criterio dovette essere abbandonato quando si vide che è impossibile schematizzare un quadro clinico con una definizione anatomopatologica e che troppo spesso il tavolo anatomico dava solenni smentite alle diagnosi fatte in vita; e si passò allora — per merito precipuo di Widal e della scuola francese — all'aureo periodo della classificazione fatta secondo il criterio funzionale. Si distinsero quindi due tipi fondamentali: *le sclerosi*, forme primarie e forme secondarie e più o meno di origine vascolare), e *le nefriti* e queste vennero suddivise in nefriti edematigene o cloruremiche la cui stigmata fondamentale sarebbe la ritenzione di NaCl, oltre quel limite fisiologico che costituirebbe la soglia renale per l'eliminazione orinaria del sale stesso, d'onde edemi e versamenti consecutivi alla ritenzione salina; e nefriti uremigene o azotemiche caratterizzate da ritenzione di scorie azotate o comunque tossiche, forme destinate più o meno fatalmente a sboccare nell'uremia. Ma anche questa classificazione è oggi sorpassata: tanto più che fu presto veduto che oltre le forme pure dell'uno o dell'altro tipo si incontrano facilmente nella pratica le forme miste, che il cloruro sodico anche nelle così dette forme cloruremiche è spesse volte presente nel sangue in quantità inferiori a quanto non si possa riscontrare anche in soggetti del tutto normali e si è potuto provare, con ricerche compiute nella mia Clinica da Melli e Tasso, che il sale introdotto in eccesso in circolo viene rapidamente ed elettivamente fissato dai tessuti sicchè il dosaggio di esso nel sangue non rende affatto conto del grado di impregnazione dell'organismo. E allora, pur essendosi recentemente voluto rimettere in onore le idee di Widal, coll'attribuire valore edematigeno al NaCl non tanto per la sua quantità assoluta quanto riguardo al suo grado di dissociazione ionica (Merklen, Chaumerliac) in base a ricerche che non paiono ancora confermate, pur essendovi un tentativo di ritornare alla teoria della ritenzione clorosodica dando però maggiore importanza all'ione Na che all'ione Cl (Blum, Aubel, Mauriac), la classificazione che è in uso oggi è un'altra. Oggi noi preferiamo distinguere le sclerosi, le nefriti e le nefrosi, termine quest'ultimo proposto dal Müller per indicare forme di natura prevalentemente o totalmente degenerativa, in cui non troviamo clinicamente quei segni di infiammazione che sono caratteristici delle nefriti. Tralasciando le sclerosi abbiamo, vi ripeto, nefriti e nefrosi; e nelle prime troviamo fondamentalmente segni di flogosi renale, albuminuria e iperazotemia di vario grado, ematuria macro- e microscopica, iperpressione arteriosa, cuore renale e lesioni del fondo oculare e, complicazione possibile sempre, l'uremia; nelle seconde o nefrosi abbiamo invece come dati positivi l'albuminuria di grado elevatissimo e particolari alterazioni chimiche e fisico-chimiche del siero e delle orine di cui vi dirò partitamente in seguito, e edemi talora imponenti, e come dati negativi l'assenza di globuli rossi nelle orine, di sintomi uremici, di ritenzione azotata, di iperpressione arteriosa, di modificazioni cardiache, di lesioni del fondo oculare.

Ma anche qui, poichè la clinica smentisce sempre gli schematismi classificativi, abbiamo delle forme intermedie: e allora non potendosi abbandonare gli schemi che sono una necessità pratica, un didattico bisogno di ordine, si è creata la categoria delle forme miste: e il Volhard parla di nefriti con screzio nefrotico e di nefrosi con screzio nefritico.

E torniamo così al nostro malato: per vedere in quale gruppo morboso possiamo inquadrare la sua sintomatologia. Vi sono intanto degli elementi nefritici e ve li dico subito: l'infiammazione tonsillare che si è manifestata in corso di malattia ma che non possiamo matematicamente escludere si sia anche avuta in precedenza, e che può essere una presunta o possibile causa di nefrite, la presenza di qualche emazia nelle orine, un lieve aumento della pressione arteriosa; ma contro questi ele-

menti minimali sta in pieno il quadro della nefrosi con tutti i segni che ho prima elencato.

E allora, se nefrosi, di quale tipo? Anche qui dovrei richiamarvi tutte le classificazioni che si sono successivamente fatte in campo di degenerazioni renali, ma ve le risparmio e mi limito a nominarvi alcune delle forme nefrotiche principali e più comuni: nefrosi infettiva, amiloidea, tossica, luetica, nefrotica, lipoidea.

Non penseremo certo alla forma che può accompagnarsi ad ogni malattia infettiva e che è in dipendenza dai prodotti tossici (batterici) che si eliminano per il rene: il malato non ha avuto e non ha malattie infettive. E con eguale certezza possiamo escludere vuoi la forma tossica saturnina, perchè il paziente che fa sì lo stagnino, di saturnismo non ha il più piccolo segno, vuoi la luetica perchè nessun dato anamnestico, clinico e sierologico, parla per la lues. La nefrosi necrotica, che è per lo più acuta e segue in genere gli avvelenamenti da mercurio, ve l'ho nominata solo per completezza didattica; la nefrosi amiloidea possiamo pure escluderla perchè, anche se è vero che essa non si ha soltanto a seguito di affezioni croniche esaurienti o suppurative o di lunga durata e che è stata eccezionalmente riscontrata in corso di malattie acute, si accompagna per lo più a lesioni imponenti luetiche o tubercolari o suppurative, a uno stato di cachessia generale, ad anemia intensa, a degenerazione amiloide di altri organi e specie del fegato e della milza che si fanno grossi e duri e lignei e a cilindri amiloidei nel sedimento.

Niente di simile si osserva nel caso nostro.

Non rimane quindi da considerare che la nefrosi lipoidea; ed è questo il momento nel quale dobbiamo riprendere in esame e rassegna i dati forniti dalle ricerche di laboratorio. Vi parrà certo sul principio che io non faccia se non esporre delle aride cifre e delle questioni puramente dottrinarie; comprenderete rapidamente in seguito come solo queste cifre e questi richiami teorici siano in grado di renderci conto della patogenesi e della sintomatologia di questa forma morbosa.

Dopo aver riscontrato l'albuminuria e la cilindruria, e l'ipocloruria, abbiamo esaminato il sedimento orinario a luce polarizzata e si è osservata la presenza di una grande quantità di granuli birifrangenti, cioè di granuli lipoidei con l'aspetto caratteristico della croce scura centrale, foggiata a croce di Malta, dividente quattro segmenti luminosi; sono essi formati da grassi anisotropi che si trovano in uno stato intermedio fra fluido e cristallino (Lehmann) e che dallo Chalatow sono stati chiamati cristalli sfero-fluidi.

Nel sangue fondamentalmente abbiamo i segni di gravi alterazioni del ricambio proteico e del ricambio lipoideo. Voi sapete che le proteine del plasma, normalmente presenti in quantità del 7-9 %, sono costituite da vari elementi: albumina vera, globulina, che si suddivide a sua volta in euglobulina e pseudoglobulina I e II, e fibrinogeno; sapete anche che questi costituenti si trovano in quantità praticamente costanti che si possono, secondo le medie dei vari ricercatori, così fissare per cento cc. di sangue: albumina gr. 3,82, globulina gr. 1,66, euglobulina gr. 0,075, pseudoglobuline gr. 1,565, fibrinogeno gr. 0,18 con un quoziente $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$ eguale a 2,6 (Esposito). Dalla quantità delle proteine principalmente dipende il valore dell'indice refrattometrico che nel siero normale si aggira intorno a 1.34800: e tale dipendenza è in genere così costante che vi sono dei metodi di dosaggio delle proteine ematiche basati appunto sulla refrattometria.

Per quanto riguarda i lipoidi ci è noto che essi sono rappresentati principalmente dalla colesterina, divisa in colesterina libera e colesterina degli eteri, il cui contenuto totale fisiologico è di 160-180 mmgr. per cc. di siero. Ma nel nostro malato abbiamo trovato: albumina totale 5,53; albumina vera 2,67; globuline totali 2,86, rapporto $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$ 0,93; colesterina 454. Normale invece, o quasi, l'azotemia: 0,41.

Queste cifre dicono che il ricambio proteico è fortemente alterato quantitativamente nel senso di una ipoproteinemia e qualitativamente poichè contro una diminuzione delle albumine sta un aumento delle globuline con conseguente inversione del rapporto fra questi due costituenti; vi dicono che vi è uno squilibrio lipoideo, poichè la colesterina raggiunge una cifra quasi tripla della normale. L'indice refrattometrico presenta una discordanza col contenuto proteico del sangue: esso è 1.34865, cioè presso a poco rientra nei limiti fisiologici, mentre le proteine sono fortemente diminuite; ma è una discordanza solo apparente, poichè ricerche recenti e quasi contemporanee di autori italiani (Cipriani e Cionini) e francesi (Achard, Grigaut, e Codounis) hanno dimostrato che l'eccesso di lipidi nel siero modifica la refrattometria sovrapponendosi ai valori dati dalle proteine.

E vi devo anche dire che la glicemia è bassa: 0,77; che il contenuto salino del sangue è globalmente elevato avendosi calcio mmg. 13,1 per cento in luogo dei 10 normali; cloruri gr. 7,02 ‰ invece di 5,8-6,5 ‰; potassio mmg. 28,9 % invece di 20-22 %: e a questo aumento di elettroliti fa logico riscontro l'abbassamento del Δ crioscopico che è — 0,607 anzichè — 0,560. La forza oncotica è risultata di 22,5 cm. d'acqua.

Possiamo dunque affermare che il nostro

malato ha tutto il complesso di alterazioni biochimiche ematiche che sono state descritte a base della nefrosi lipoidea: vi è l'alterazione del ricambio proteico, vi è l'alterazione del ricambio lipoideo; e vi è anche l'eliminazione per l'orina dei lipoidi birifrangenti. Tutti questi non sono, singolarmente presi, dati tassativi e patognomonici. Possiamo avere ipercolesterinemia anche in certe nefriti, in epatici non cirrotici, in diabetici, in malattie infettive; i granuli birifrangenti possono trovarsi in forme non puramente nefrotiche e mancare viceversa in casi di sicura nefrosi lipoidea controllati anche al tavolo anatomico, ed io stesso ricordo un bambino ricoverato tre anni or sono nella Clinica di Padova, e che ho presentato a lezione come nefrosi lipoidea pura avendo poi la conferma anatomo-istologica della diagnosi, in cui il reperto dei lipoidi orinari era negativo. Nè è caratteristico lo squilibrio proteico: esso può esistere, in modo analogo a quello che abbiamo qui veduto, in malati edematosi per altre cause, siano essi nefritici, cardiopatici, anemici, epatici (Cionini, Pellegrini).

Quanto ora vi ho detto sulla possibilità di trovare questa sintomatologia della nefrosi lipoidea in altre malattie fa sì che il diagnostico di questa forma debba essere posto con la più grande cautela, fa sì inoltre che da molti si giunga a negare l'esistenza della nefrosi lipoidea come entità morbosa particolare: e su quest'ultimo punto ritorneremo più oltre.

Io credo che qui questa diagnosi si imponga: con essa è in chiave — oltre quanto vi ho detto — il reperto dell'azotemia, poichè nelle nefrosi il ricambio ureico è inalterato; con essa si accorda probabilmente anche l'ipoglicemia che da altri autori è pure segnalata (Knauer, Galdi e Cassano). Per lo squilibrio minerale, che nel nostro caso è espresso da un aumento globale di diversi elettroliti con corrispondente abbassamento del Δ, i dati della letteratura sono in parte discordi essendo descritti casi con aumento o diminuzione dei diversi elementi; Galdi e Cassano però comprendono la ritenzione clorurata fra le manifestazioni, sia pur meno costanti, della nefrosi lipoidea.

Ma su uno dei reperti trovati io ho il dovere di insistere più particolarmente e cioè sullo sconvolgimento del ricambio proteico, alterata attività biochimica questa che è profondamente importante, poichè concorre grandemente a spiegarci la formazione dello stato anasarcatico.

Il ricambio idrico dei tessuti è regolato, a livello dei capillari, da un meccanismo complesso che cercherò di schematizzarvi rapidamente. Ammettiamo per un momento che tutto il sistema capillare dell'organismo sia rappresentato da un unico tubo a pareti semi-permeabili, intendendo con questo termine la permeabilità verso l'acqua e gli elettroliti e l'impermeabilità verso i colloidi. In esso, spinto dall'impulso dato dal cuore e dalle arterie, scorre un liquido contenente elettroliti e colloidi, il sangue; e il tubo stesso è immerso in un liquido, il liquido interstiziale dei tessuti, che contiene, praticamente parlando, soli elettroliti.

L'equilibrio idrico, cioè il normale passaggio della parte acquosa ed elettrolitica del sangue ai tessuti e poi dai tessuti al sangue, è in dipendenza di tre fattori: uno è dato dalla forza idraulica che sospinge la colonna sanguigna ed è conseguenza dell'impulso cardiovasale; uno è strettamente legato alla normale permeabilità della membrana capillare; il terzo è costituito dalla forza di attrazione esercitata dalle proteine plasmatiche verso l'acqua.

Gli studi di Govaerts, di Schade, di Rusznyak hanno stabilito che se si mettono a confronto siero e soluzione fisiologica separati da una membrana semi-permeabile, il siero tenderà ad appropriarsi di acqua esercitando una forza attrattiva che equivale alla pressione di una colonna d'acqua di circa 40 cm. di altezza: questa attrazione, che lo Schade ha chiamato *forza o pressione oncotica*, è dovuta in piccola parte alla pressione osmotica vera e propria degli elettroliti e in maggior parte alla suddetta pressione di idratazione delle proteine plasmatiche.

Ma non dobbiamo credere che in tale funzione le varie frazioni proteiche si comportino indifferentemente: l'idrofilia delle proteine — e dei colloidi in genere — è inversamente proporzionale alla grandezza della micella e diminuisce man mano che le proteine si avvicinano al punto isoelettrico, cui corrispondono il minimo di dissociazione e quindi di avidità. Ora la albumina vera del plasma è molto più dispersa delle globuline le quali, a loro volta, si trovano ad avere un punto isoelettrico più alto, più vicino cioè al pH del sangue, in conseguenza di che l'albumina è molto più idrofila delle globuline; e la differenza è circa del rapporto di 7,54 a 1,95 (Govaerts). Con questi concetti teorici il Govaerts ha potuto affermare che la forza oncotica specifica del sangue è in funzione del rapporto $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$ e che quando questo rapporto scende al disotto del suo valore medio diminuisce l'attrazione del plasma verso l'acqua, e si costituisce la così detta *ipoonchia*.

Torniamo ora al nostro capillare ideale e vediamo che in esso, a pareti normalmente permeabili, vi sono due forze contrastanti: una, la pressione del sangue, che tende a far passare nei tessuti la componente filtrabile, l'altra, la forza oncotica, che attrae acqua e sali verso il colloide idrofilo non saturo; pos-

siamo schematicamente dividere questo capillare in due parti, l'una prossimale in cui prevale la forza idraulica, l'altra distale in cui essendo diminuita la vis a tergo prevarrà la forza oncotica. La prima porzione sarà il capillare arterioso da cui liquido trasuda per portare gli elementi nutritizii alle cellule e ai tessuti, la seconda sarà il capillare venoso in cui liquido rientra per reintegrare la massa del sangue e portare all'escrezione i prodotti del catabolismo. E fra questi due segmenti esiste un punto neutro dove vi è l'equilibrio delle forze e gli scambi sono nulli (Melli) e che è idealmente il punto capillare intermedio fra circolazione arteriosa e circolazione venosa.

È evidente che in questo complesso meccanismo la più piccola alterazione porterà allo squilibrio idrico e che, spostandosi il punto neutro verso la parte venosa, prevarrà la trasudazione sul riassorbimento con conseguente formazione di edemi. A tale spostamento potremo giungere sia per alterazione più o meno brusca della permeabilità capillare (e si formeranno così gli edemi infiammatori e tossici, verosimilmente l'edema polmonare acuto, l'edema della glottide, certi edemi a genesi non del tutto chiara come l'edema di Quincke), che per aumento della pressione idraulica che però non sembra da sola capace di produrre edema (e rientrano in questo gruppo gli edemi cardiaci e meccanici), sia per diminuzione della forza oncotica. Orbene, è sopratutto in quest'ultima, o ipoonchia, che abbiamo la stigmata sanguigna dello stato edematoso. Nella mia Clinica prima il mio aiuto Melli e poi la Dott.ssa Cori hanno compiuto larghe ricerche in proposito e hanno potuto confermare che essa ipoonchia esiste sempre nelle nefropatie che sono o diverranno idropigene, mai in quelle non idropigene, tanto da poterla considerare — in assenza di edema conclamato — l'espressione di uno stato di *preedema*. E più recentemente la stessa alterazione biochimica è stata riconosciuta, come prima vi ho accennato, in stati edematosi da anemie, e da malattie cardiache ed epatiche.

Ed ecco dunque che finalmente vedete che le nozioni che sembravano teoriche si dimostrano rivestite di una grande importanza pratica; in un malato come il nostro in cui il rapporto $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$ è di 0,93 anzichè di 2,60 e la forza oncotica è scesa da 40 a 22,5, la patogenesi dell'edema appare, dopo quanto vi ho detto, del tutto chiara. E ne abbiamo una riprova pratica nel fatto che vi è un'altra malattia che ha qualche analogia con la nefrosi lipoidea e che pure si accompagna ad uno stato anasarcatico imponente: intendo parlare degli edemi da fame o edemi di guerra o di carestia che tanto diffusi furono purtroppo all'epoca del conflitto mondiale, specie nell'Europa centrale. Ora anche qui il meccanismo dell'edemazia è analogo: dacchè anche qui vi si giunge attraverso la ipoonchia, secondaria in questo caso alla troppo scarsa, spesso nulla, introduzione alimentare di albumina (Bigland, Jansen, Falta) e inerente ipoalbuminia.

Anche i versamenti cavitari si formano per le stesse ragioni: e dalle pleure, che noi abbiamo punto, ho ottenuto il liquido che vi mostro per il suo aspetto singolarissimo, e cioè completamente, assolutamente acquoso, tanto che per un momento alla prima puntura abbiamo quasi dubitato di esser casualmente caduti su di una cisti d'echinococco. E tale liquido ha caratteri identici a quelli che troveremmo se facessimo il drenaggio degli edemi poichè le pleure si comportano come gli interstizi dei tessuti: è quindi il più puro dei trasudati nel quale mancano quelle particolarità proprie delle forme essudative che si accompagnano ad alterata permeabilità capillare. Ed esso allora non ha quell'aspetto chiloso che è comunemente descritto per i versamenti nefrotici, e la cosa non mi torna nuova poichè anche in un malato che fu nella mia Clinica di Padova due anni or sono notammo un identico comportamento. Il liquido ora estratto dà la reazione di Rivalta negativa; contiene gr. 0,41 ‰ di azoto totale e grammi 0,28 ‰ di azoto residuo con un contenuto proteico di gr. 0,81 ‰; ha dato reazione del biureto lievemente positiva e reazione della ninidrina intensissima, il che significa che sono in esso presenti prodotti di degradazione proteica, dalle albumose agli aminoacidi; ha un contenuto salino vicino a quello trovato nel sangue con un Δ pure quasi eguale; ha una forza oncotica di 8-10 centimetri d'acqua e un indice refrattometrico di 1,33541; ha densità 1010; e infine, carattere abituale e solo in apparenza singolare in questo tipo di versamenti, un contenuto minimo, indosabile, di colesterina e di globuline, i due elementi che predominano nel sangue ma che con grande difficoltà traversano una membrana capillare intatta. Troviamo insomma in esso, in tutti i suoi caratteri, la conferma della sua patogenesi, del suo modo di costituzione.

Basta già quanto vi ho detto finora per trarre una prima conclusione: ed è che la denominazione di nefrosi lipoidea non è esatta, poichè siamo di fronte non già ad una affezione semplicemente renale, ma ad una malattia generale, metabolica, che compromette certamente tutto il ricambio proteico e lipoideo e probabilmente, secondo le vedute più recenti, il ricambio dei lipoidi in generale e degli idrati di carbonio.

Ma restano molti e grandi problemi insoluti, poichè l'intimo meccanismo di produzione della forma, malgrado il succedersi di

infinite ricerche e il susseguirsi di tante ipotesi, è ancora avvolto nell'oscurità.

Una questione che ancora vivamente si dibatte è quella dell'esistenza o meno della nefrosi lipoidea come malattia autonoma, come quadro nosologico e nosografico definito. La forma morbosa venne intravista dagli anatomo-patologi per i primi, poi dall'Epstein nel 1912 e venne isolata dal Munk nel 1916 sotto il nome che ancor oggi le viene dato correntemente. In seguito l'Epstein la descrisse come diabete albuminurico, lo Chalatow come diatesi colesterinica, il Séguret come nefrosi colesterinica; da noi Galdi e Cassano parlano di diabete lipurico, Sega di diatesi lipoidea.

A parte la questione dei nomi, il fatto è che la nefrosi lipoidea costituisce per ora un capitolo a sè della patologia, con tutti i sintomi e tutte le caratteristiche che vi ho ricordato.

Oggi però vi è chi tende a fare di essa niente più che una sindrome, oggi si cerca di dimostrare che i sintomi comunemente descritti, oltre a non avere un sicuro legame fra loro, non hanno neppure un rapporto costante di dipendenza coi momenti patogenetici che ad essi vengono per lo più riconosciuti.

Questo movimento è sostenuto sopratutto in Francia e quivi principalmente dalle scuole di Abrami, Achard e Labbé: e gli argomenti sono tratti dallo studio di numerosi casi di nefrosi lipoidea e amiloidosi renale.

Vengono descritti casi di quest'ultima malattia in cui i reperti ematici e orinari presentano tutte le alterazioni caratteristiche della nefrosi lipoidea; e ciò non solo nella amiloidosi conclamata, perchè anche individui affetti da forme croniche fistolizzate di tubercolosi — senza nessun segno di lesione epatica, splenica, renale — potrebbero presentare lipoiduria, ipercolesterinemia, ipoproteinemia con inversione del rapporto $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$.

E ancora: si sono visti dei nefritici anasarcatici con equilibrio proteico normale; si sono constatati casi in cui, malgrado la ipercolesterinemia e la colesterinuria, malgrado lo sconvolgimento del ricambio proteico, non esistevano edemi nè segni di lesione renale nè albuminuria.

Le scuole francesi anche per la nefrosi lipoidea, ritornano alla concezione di Widal e parlano di una nefrite idropigena cloruremica: la patogenesi dell'edema andrebbe sempre ricercata nella ritenzione clorosodica poichè basterebbe modificare l'apporto salino per influenzare grandemente la ritenzione idrica, senza variare parallelamente lo squilibrio proteico preesistente. L'infiltrazione lipoidea del rene, la iperlipoidemia e la lipoiduria non aggiungerebbero niente al carattere clinico della lesione renale, non sarebbero che elementi accessori, insufficienti a giustificare la separazione di una entità morbosa (Labbé).

Dobbiamo, dopo quanto vi ho succintamente esposto, ritenere insostenibile l'esistenza della nefrosi lipoidea? Io credo che no. I reperti delle scuole francesi hanno certo un grande interesse, ma non mi sembrano sufficienti per ora ad annullare quanto è stato detto in precedenza. Se sono stati osservati casi di nefrosi lipoidea in cui la declorurazione agiva sugli edemi come vi ho detto, ciò può anche spiegarsi con l'esistenza di una contemporanea ritenzione di cloruro sodico, ritenzione che non è obbligatoria nella nefrosi stessa, ma che ad essa può associarsi forse per azione sui tessuti e sui glomeruli renali della stessa causa morbosa — ignota ancora — che ha dato le alterazioni del ricambio dei proteidi e dei grassi e la degenerazione dei tubuli.

Se vi sono soggetti in cui esistono tutte le modificazioni umorali che danno l'ipoonchia ma non esiste l'edema, non possiamo dimenticare che certamente, come vi ho detto per l'edema da fame, la diminuzione della forza oncotica del siero può essere causa di ritenzione idrica, anche se alla produzione conclamata dell'edema possano — o forse anche debbano — concorrere anche altri fattori uno dei quali, importantissimo, è certo lo stato dei capillari, su eventuali lesioni dei quali le nostre possibilità di ricerca non sono sempre sufficienti. Nè dobbiamo trascurare il fatto che la trasudazione di liquido dai vasi dipende dalla forza di attrazione del sangue rispetto alla forza di attrazione dei tessuti e che su questa, sulle sue variazioni, sulla sua influenzabilità da parte di regimi iper- o ipoelettrolitici poco o nulla sappiamo.

Se vi sono casi di amiloidosi renale con i reperti umorali della nefrosi lipoidea, non possiamo sorvolare sulla possibilità — in tante occasioni accertata — che le due lesioni anatomiche, per la stessa causa o per cause diverse, coesistano nel rene, in modo da giustificare l'intreccio delle due sintomatologie.

Io credo insomma che non si possa cancellare dalla patologia il capitolo della nefrosi lipoidea e che anzi lo studio di essa sia meritevole di essere approfondito il più possibile, e per giungere a dire una parola sicura sul problema nosografico e per addivenire, possibilmente, alla comprensione della sua essenza patogenetica.

Poichè anche su di questa vi sono notevoli discordie di pareri: e vi accennerò rapidamente le interpretazioni più autorevoli.

Accanto a chi, come l'Epstein, dà la massima importanza all'albuminuria, vi è chi, come il Munk e lo Chalatow, pone in prima linea il disordine del ricambio colesterinico. In che cosa questo disordine consista ci è ignoto, come non sappiamo con certezza se esiste o meno una colesterina endogena prodotta per sintesi nell'organismo e se il tasso colesterinemico può essere influenzato dalla introdu-

zione del lipoide per via gastro enterica e parenterale: lo negano Epstein e Cipriani e Moracchini, lo affermano altri, fra cui Aschoff, Genk e Gross, che però ricercarono su soggetti ipercolesterinemici, ma non affetti da nefrosi lipoidea.

Secondo Elewyn il fatto primitivo sarebbe una degenerazione lipoidea delle cellule renali consecutiva ad una nefrite acuta che rimane inavvertita perchè rapidamente scompare. Di qui il passaggio della colesterina nelle orine e nel sangue, di qui l'albuminuria. Analogamente, per quanto riguarda la precedenza di fatti infiammatori, si esprimono Löhlein e Heusler.

Secondo Munk la lesione renale verrebbe solo in via secondaria, prodotta dall'infiltrazione dei tuboli da parte della colesterina riassorbita a questo livello dopo essere stata eliminata dai glomeruli alterati a causa del disordine metabolico lipoideo primitivo; secondo Epstein, le cui idee sono in parte condivise da Galdi e Cassano, il fattore primitivo, ma di origine ignota, sarebbe lo squilibrio del metabolismo proteico e lipoideo e l'albuminuria sarebbe non già la causa dell'ipoalbuminia e dell'alterato rapporto $\frac{\text{albumina}}{\text{globuline}}$ bensì l'effetto di quest'ultima evenienza prodotta a seguito di un aumento primitivo delle frazioni proteiche meno disperse; secondo Govaerts e Cordier tanto la lesione renale, che permette la filtrazione dell'albumina e dei lipoidi, quanto l'ipercolesterinemia sarebbero prodotte da sostanze tossiche sulla cui natura è ancora vano azzardare ipotesi.

Vi devo inoltre ricordare che esistono sull'argomento importanti contributi italiani: Villa attribuisce notevole importanza alle nefriti pregresse, invoca a base della malattia un'alterazione mista fisico-chimica e anatomopatologica e considera le disfunzioni metaboliche come fenomeni disossidativi analoghi alle alterazioni diabetiche; Zisa ritiene primitiva la lesione renale; Sega ritorna alla concezione dell'iniziale turbamento del ricambio lipoideo; Esposito pensa che non convenga « esagerare nell'attribuire notevole valore a pregresse alterazioni glomerulari » e che non sia sufficiente trovare i reperti di un'angina anche cronica per affermare la preesistenza di una nefrite; Galdi e Cassano vedono nella nefrosi lipoidea uno squilibrio del ricambio non solo dei lipoidi ma di tutta la massa dei grassi: vi sarebbe alterazione totale dei poteri di lipopessi, di lipoido-sintesi e di acidolisi e sarebbe costantemente dimostrabile un quadro di iperlipemia e di lipuria tale da far considerare la nefrosi lipoidea come un vero e proprio diabete lipurico.

Infine va menzionata l'ipotesi più recente dello Knauer il quale, basandosi sul reperto nei suoi casi costante di una ipoglicemia spiccatissima, pensa ad una disfunzione primitiva del fegato la cui importanza nel ricambio dell'acqua, dei grassi e delle proteine, è ormai accertata: e nel nostro malato questa tesi potrebbe forse essere appoggiata poichè abbiamo constatato la ipoglicemia e abbiamo trovato deviazioni dalla norma anche nelle prove di carico con glucosio.

Nel campo patogenetico una parola definitiva non si può oggi dunque dire: pare invece accertato, pur essendovi contrarie recenti osservazioni di Coelho e Rocheta e di Marañon e collaboratori, che a base della malattia stiano dei fattori costituzionali ereditari endocrini.

Vi sono casi in cui l'affezione ha carattere famigliare (Volhard); ed io stesso ho sott'occhio una famiglia in cui tre membri sono da anni portatori di una albuminuria altissima da nefrosi, pur essendo la forma tollerata con perfetta indifferenza dall'organismo.

E moltissimi dati ci richiamano alla tiroide; vi sono casi di mixedema finiti in nefrosi lipoidea; Epstein ha veduto insorgere la nefrosi in soggetti eccessivamente irradiati alla tiroide, ed anch'io ho veduto due casi analoghi; molto spesso i portatori di nefrosi lipoidea pura, sono disarmonici, torpidi, adiposi, ipotèsi, hanno segni di vagotonia, presentano una reazione all'adrenalina di tipo vagotonico (Ferrata) quale anche nel caso nostro si è avuta.

Nel nostro malato abbiamo qualche cosa che ci richiama ad una insufficienza tiroidea? Certamente. Io ho fatto studiare il suo metabolismo basale: ed esso ci è risultato molto diminuito, con un valore di — 36 che indicherebbe uno spiccatissimo abbassamento della funzione tiroidea; uso per altro il condizionale nel porre questa affermazione dato che in un soggetto come questo edematoso è difficile stabilire il valore che il metabolismo dovrebbe normalmente avere.

Ed ora vediamo di concludere: vi ho detto che nel sangue, nel trasudato, nelle orine del nostro malato, abbiamo tutte le stigmate caratteristiche della nefrosi lipoidea e credo che questa diagnosi si possa affermare anche senza ricercare qualche altro dato abitualmente presente, quale, ad esempio, l'aumento della velocità di sedimentazione dei globuli rossi. Sarà una forma pura? Queste sono straordinariamente rare: tanto rare che alcuni autori sostengono che nella grande maggioranza dei casi una componente nefritica, sia pure minimale, sia pure inosservata, c'è stata o c'è; tanto rara che vi è chi nega che la nefrosi lipoidea costituisca un quadro nosologico e nosografico autonomo e la considera semplicemente come una sindrome.

Nel nostro malato abbiamo tutti i dati positivi della nefrosi lipoidea e abbiamo una gran parte dei dati negativi, ma non tutti: vi è un lieve aumento della pressione arteriosa, vi è stata nei primi tempi della degenza una lieve ematuria microscopica, vi è stata una

tonsillite che forse si è solo intrecciata alla forma nefrotica ma forse poteva essere presente anche all'inizio, nel qual caso avrebbe forse potuto essere il punto di partenza.

Le prove della funzionalità renale hanno dato esito incerto; il potere di concentrazione si è dimostrato ottimo poichè, tenendo il malato a dieta asciutta, abbiamo avuto orine con densità fino a 1030 e invece alla prova della diluizione non erano stati eliminati dopo 6 ore che 125 dei 500 cmc. di acqua introdotta. Ma ben si sa che in un soggetto come questo profondamente edematoso, non possiamo in nessun modo dare alla prova della diluizione il valore che siamo soliti attribuirle e non sarà quindi su questo dato che fonderemo delle discriminazioni.

Così tutto è chiaro: in un individuo forse costituzionalmente disposto, tramite o meno una tonsillite con ripercussioni renali, si è stabilita un'affezione che è certo nefrosi ma che ha anche qualche segno nefritico: si capisce perchè vi è edema, perchè vi sono versamenti, perchè non vi è anemia. A proposito della crasi sanguigna anzi va detto che abbiamo assistito durante il decorso a un aumento del numero dei globuli rossi — che sono saliti da 4.780.000 a 5.000.000 e a 5.200.000 — mentre i bianchi sono passati da 7,800 a 11.000, fatto che forse meglio possiamo spiegare riferendo il contenuto in emazie e leucociti alla massa totale del sangue: nel senso che mentre gli edemi e i versamenti crescevano, mentre i tessuti trattenevano una quantità sempre più forte di acqua, che il sangue inerentemente aumentava di concentrazione. Non iperglobulia, quindi, ma ispessimento sanguigno: ad affermare ciò con certezza varrebbe solo la constatata diminuzione della parte acquosa del sangue.

Quale la prognosi? La nefrosi lipoidea viene in genere considerata un'affezione benigna: il che se in parte è vero è tuttavia molto condizionato. Nelle nefrosi acute tossiche si ha sempre la guarigione se si riesce a superare il periodo acuto e si allontana l'agente eziologico; ma nelle forme, come questa, a base metabolica, si può avere il protrarsi della forma oltre ogni possibilità terapeutica. Non bisogna dimenticare che dall'infiltrazione lipoidea si può passare all'amiloidosi; che la cronica e imponente perdita di albumina può portare all'*exitus* attraverso la cosidetta cachessia albuminosa; che il rene può andare incontro alla sclerosi cui possono seguire l'insufficienza cardio-renale e l'uremia; che i malati talvolta si perdono per affezioni intercorrenti e specie per polmoniti franche che in questi soggetti pare attecchiscano con particolare facilità e vengano, per il grave defedamento organico, difficilmente sopportate.

Sono tutte queste possibilità che dobbiamo tenere presenti nel formulare il prognostico, che deve essere riservato, e tanto più in un malato come il nostro, che ha anche una indubbia, per quanto minima, componente nefritica.

La cura si baserà su mezzi dietetici e medicamentosi. E qui permettete una piccola digressione di indole essenzialmente pratica. Vedrete spessissimo, come io tante volte ho veduto e vedo, malati di nefrosi lipoidea tenuti, per la loro imponente albuminuria, a dieta lattea esclusiva per mesi e anche per anni: niente di più errato. Ciò deriva dal fatto che in genere i medici pratici non hanno ancora idee molto chiare su questa malattia e non si rendono conto che l'albuminuria — la cui constatazione ha tanta parte e tanto peso sempre, e talvolta anche ingiustamente, sulle diagnosi, sulle prognosi e sulle terapie — va nella nefrosi considerata sotto un punto di vista particolare. Essendo infatti la nefrosi lipoidea una malattia con carenza di albumine, è dovere del medico darne in abbondanza in modo da supplire alle grandi e continue perdite.

Non solo *potremo*, ma *dovremo* alimentare i malati. Daremo, in generale, senza restrizione, grassi, verdure, legumi, latte, pane non salato e idrati di carbonio; daremo carne largamente e daremo uova, poichè esse, pur contenendo colesterina, non paiono avere — e ve l'ho già detto — influenza sulla colesterinemia; daremo invece pochissimo cloruro di sodio per la sua indubbia azione edematigena e perchè esso (Munk) ha grande importanza nello spostamento dei colloidi e non viene regolarmente eliminato. Nel nostro malato però, data la presenza dello screzio nefritico, questo programma massimo sarà applicato con le opportune cautele e le dovute restrizioni.

Cureremo radicalmente la tonsillite poichè il *focus* infettivo tonsillare ha certamente grandissima importanza nel mantenimento della forma renale infiammatoria; daremo dei diuretici fra cui l'urea che in dosi elevate di 20-30 gr. al giorno ha un'azione stimolante specifica sulla funzione renale, e la teobromina. Useremo con grandissima cautela, a causa della nefrite, i diuretici mercuriali che hanno sì azione extra renale, ma sono dotati di un'elevata tossicità per il rene; e daremo infine la tiroidina.

Questa è stata proposta in base al concetto, che vi ho già ricordato, della patogenesi disendocrina della malattia: e si è veduto come essa, che già era stata da tempo proposta ed usata come diuretico nelle affezioni edematigene in genere, sia nei nefrotici tollerata in dosi colossali, superiori a quelle che i mixedematosi stessi possono sopportare. Epstein pensa che la tiroidina, innalzando il metabolismo basale, renda meglio utilizzabili le proteine introdotte e regolarizzi il contenuto lipoideo del sangue; Eppinger riferisce la sua efficacia come dovuta sopratutto ad una azio-

ne diuretica esercitata sugli spazi intercellulari dei tessuti, la quale figurerebbe ancora più evidente se alla tiroidina si associa la digitale. E Campanacci, fra quelli che l'hanno sperimentata, riferisce benefici notevolissimi.

Io personalmente non posso, dalla mia casistica, trarre conclusioni così favorevoli e devo mettervi in guardia contro l'eccessiva fiducia in risultati miracolosi; ho avuto qualche volta dei successi discreti, ma anche ho veduto casi in cui essa fu del tutto inefficace, tanto da far quasi credere che abbiano ragione coloro che pensano che nelle nefrosi la tiroidina sia tollerata in grandi dosi perchè non è attiva, perchè non viene assorbita, non ha presa sui tessuti.

È, ad ogni modo, un tentativo che va fatto come si potrà anche tentare la terapia epatica proposta da Grossmann e da questi vantata come utilissima: ma, vi ripeto, sono ancora questioni allo studio su cui un giudizio definitivo, ottimistico o pessimistico, sarebbe azzardato.

EPICRISI.

Le condizioni del malato andarono progressivamente peggiorando: più intensa l'astenia, più cospicui i versamenti, più diffusi e più imponenti gli edemi.

La quantità delle orine andò pure scemando e la somministrazione di diuretici mercuriali, che in un primo tempo influenzava favorevolmente la diuresi, divenne completamente inefficace.

Dalla fine di febbraio insorgeva vomito, prevalentemente di materiale alimentare, che non doveva più abbandonare il paziente fino alla fine, contribuendo grandemente ad esaurirne le forze.

Il reperto orinario rimaneva pressochè invariato salvo che per l'albuminuria che saliva fino al 40 ‰; l'azotemia cresceva fino a raggiungere il valore di 0,91 pochi giorni avanti l'exitus.

La terapia tiroidinica rimase, pur essendo stata praticata ad alte dosi, complessivamente senza effetto: solo nei primi giorni dall'inizio si ebbe un passeggero aumento della diuresi e una transitoria diminuzione degli edemi.

Il malato venne a morte l'11 maggio 1932.

Il reperto anatomopatologico (pur essendosi praticata l'autopsia, per ragioni di forza maggiore, quando già esisteva un notevole grado di putrefazione) ha confermato la diagnosi.

Il rene macroscopicamente aveva l'aspetto del grosso rene bianco; istologicamente si è potuto mettere in evidenza l'integrità dell'apparato glomerulare, una imponente degenerazione dei tubuli e una forte infiltrazione dei tubuli stessi e del tessuto interstiziale da parte di gocciole di grassi e di lipoidi.

Non esistevano segni di degenerazione amiloide.

PROBLEMI DISCUSSI

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
VIII PADIGLIONE.

Sulla natura della "febbre eruttiva„

per il prof. AGOSTINO CARDUCCI,
medico primario.

Sono stato incerto sul titolo da dare a questa mia breve memoria e cioè se conservare il nome da me dato provvisoriamente a questa malattia nel 1920 quando per primo in Europa l'isolai e la descrissi come forma a sè, ovvero accettare uno dei tanti nomi dati successivamente nei varii paesi nei quali fu riscontrata. Mi sono deciso a conservare il nome di «*febbre eruttiva*» non perchè ritengo il nome felice, ma perchè ritengo non felici anche gli altri nomi, e per dimostrare che prima del 1925, anno in cui uscirono le prime memorie francesi (Olmer ecc.) sulla «*febbre esantematica del Mediterraneo*», la malattia era conosciuta in Italia ed aveva, bene o male, un nome a sè. Non ho accettato, per il momento, il nome di febbre bottonuta o di malattia di Conor et Bruch perchè non so con precisione se le due malattie sono uguali, però qualora ciò fosse dimostrato gli autori tunisini avrebbero descritto per primi in Africa (1910) la malattia in discorso. Devo anche dichiarare che secondo il mio modo di vedere i nomi di febbre escaro-nodulosa (Ioya) dermo-tifo benigno estivo (Pecori e Sampietro, ecc.) indicano la medesima malattia che la febbre eruttiva, dimodo che la discussione che segue vale per tutte queste forme morbose.

Quando nel 1920 descrissi i miei quindici casi di febbre eruttiva non conoscevo la memoria di Conor et Bruch, non potei quindi nella diagnosi differenziale tener conto di questa malattia, e mi limitai a distinguerla dalle malattie europee a mia conoscenza e che a me pareva si potessero confondere e cioè il tifo esantematico ed il sifiloderma papulo-nodulare; la diagnosi con questa seconda forma morbosa non ha trovato obbiezioni, non così la prima che è ancora in discussione, e che costituisce la base di questa memoria. A quel tempo fondandomi sui soli dati clinici credetti ovvia la distinzione tra le due malattie pur conoscendo la forma attenuata di tifo esantematico, cioè il morbo di Brill; devo anzi aggiungere che quando prima del 1910 prestavo servizio nell'Ospedale di S. Spirito, e la mia attenzione era stata già attratta da qualche caso di febbre eruttiva, esso fu da me interpretato come

morbo di Brill, e solo lo studio ulteriore dei casi stessi e la dimostrazione che il morbo di Brill non era che il tifo esantematico attenuato, mi fecero cambiare idea e considerare la febbre eruttiva come forma a sè. Dopo la mia memoria del 1920 io non ho più scritto sulla febbre eruttiva, però i miei assistenti dott. Cesari, Filippella e Cavalletti hanno scritto altre memorie sull'argomento, sempre sostenendo l'individualità della forma morbosa, individualità che anche io ho sostenuto oralmente nelle mie lezioni di Clinica Medica e della Scuola Medica Ospitaliera.

Fino al 1925, epoca nella quale Olmer pubblicò la sua prima memoria sulla febbre esantematica del Mediterraneo, sebbene io vedessi ogni tanto esemplari di febbre eruttiva nessuno la prese in considerazione (1) e fu solo dopo che i Francesi descrissero la Febbre di Marsiglia che si continuò lo studio della febbre eruttiva in Italia che però, a differenza del mio modo di vedere (Pecori) fu considerata qui in Roma come tifo esantematico attenuato. Anche per la febbre esantematica del Mediterraneo fu espressa in Francia (Netter) l'opinione che si trattasse di tifo esantematico, così che si sono venute delineando due correnti: una più antica (Carducci-Olmer) che ammette la febbre eruttiva o esantematica come forma a sè, indipendente dal tifo esantematico, teoria che potremo chiamare dualista, ed una più recente (Netter-Pecori) che ammette l'identità delle due forme o teoria unicista. La presente memoria ha lo scopo di esaminare obbiettivamente la questione e vedere quale conclusione si può trarre dallo studio della medesima.

Dal 1920 ad oggi molti nuovi fatti sono stati accertati sulla febbre eruttiva, che desidero vagliare senza preconcetti nei riguardi alle idee da me esposte in passato.

I dati che si possono utilizzare per la discussione, possono essere divisi in due gruppi e cioè: *dati clinici e dati di laboratorio.*

I. DATI CLINICI.

Il quadro clinico della febbre eruttiva si fonda sopra due dati: *l'esantema* e la *febbre.*

È necessario premettere che in tutte le malattie esantematiche il carattere speciale della malattia si poggia sull'aspetto dell'esantema, il resto passa in seconda linea; però è anche opportuno fare notare che non tutti gli elementi che compongono il quadro esantematico conservano lo stesso aspetto anche nello stesso malato; alcuni elementi appariscono modificati assumendo la forma di elementi di altra malattia, però la maggioranza conserva l'aspetto classico, senza che tale modificazione faccia cambiare il nome alla malattia: così si parla di morbillo scarlattiniforme e di scarlattina morbilliforme, di morbillo e scarlattina emorragici, ecc. Ho premesso ciò, perchè trovare nella febbre eruttiva una o più efflorescenze che divengano emorragiche non è argomento per dire che la febbre eruttiva è uguale al tifo petecchiale. Vediamo ora la differenza tra le due malattie dal punto di vista dell'esantema.

Nella *febbre eruttiva* l'efflorescenza tipica è la papula nodulosa di colorito roseo, di grandezza da un acino di miglio fino ad un piccolo cece, nodulo che se la febbre bottonuta è uguale all'eruttiva, fece a Conor e Bruch dare alla malattia il nome di febbre *bottonuta.* Questa efflorescenza si conserva di tale aspetto in tutto il decorso della malattia, solo eccezionalmente qualche elemento diviene emorragico. Nel tifo petecchiale l'efflorescenza tipica è la *petecchia*: insorge come papula ma in 24-48 ore diviene emorragica; in qualche caso si possono aver forme non emorragiche ma solo limitatamente a singoli elementi. Il non divenire emorragica è un'eccezione per il tifo esantematico, come è eccezionale il divenire emorragica nella febbre eruttiva. Noduli nel tifo petecchiale non sono stati descritti, mentre come ho detto, possono aversi nella febbre eruttiva e dominare il quadro. In questi ultimi tempi ho ricercato il fenomeno del laccio in tre casi di febbre eruttiva con risultato negativo, fenomeno che si dice costante nel tifo esantematico.

Nel tifo esantematico l'eruzione è diffusa ugualmente al torace ed agli arti, la faccia è risparmiata. Nella febbre eruttiva è più diffusa agli arti e non risparmia la faccia; da questa topografia è derivata l'interpretazione di casi di febbre eruttiva come eritema polimorfo.

L'eruzione nel tifo esantematico esce rapidamente come una vampata, quella della febbre eruttiva è più lenta ed in qualche caso ho potuto notare che esce in più tempi.

L'eruzione nel tifo esantematico generalmente si smorza con il cessare della febbre, quella della febbre eruttiva dura anche quando la febbre è cessata.

---

(1) Devo ricordare che nel 1920 il dott. FALCIONI, medico del Governatorato di Roma, contemporaneamente alle mie memorie pubblicò tre casi di febbre eruttiva, con il titolo « Sopra una forma affine agli eritemi polimorfi ed alcune porpore ».

L'eruzione del tifo esantematico dà per lo più desquamazione, quella della febbre eruttiva mai.

Nel tifo esantematico si può avere il fenomeno della gomma da cancellare, mai nella febbre eruttiva.

Stando sempre nel concetto delle manifestazioni cutanee, gli autori francesi (Olmer) hanno descritto il fenomeno della *macchia nera*. Questo fenomeno che io non avevo notato nei casi da me studiati prima del 1920, fu da me ricercato con cura nei casi capitati alla mia osservazione dopo il 1925. Per quanto riguarda i casi da me studiati, posso dire che la *macchia nera*, nel senso letterale della parola, è eccezionale; però se con questo nome si intende anche una crosta rosso oscura, è capitato in un terzo dei casi alla mia osservazione. È innegabile però che, sebbene non costante, la macchia nera fa parte del corteo sintomatico della febbre eruttiva; ebbene, tale macchia, non è stata mai riscontrata nel tifo petecchiale.

Il *secondo* sintomo, importante delle due malattie è la febbre. A voler essere obiettivi una grande differenza non esiste tra i due tipi febbrili: inizio, decorso, durata e fine sono pressochè uguali, però nella febbre eruttiva anche senza complicanze si può avere una durata superiore alle due classiche settimane o con una sola vampata di eruzione, ovvero con una seconda ed anche terza vampata, cosa che non ho veduto, nè trovato descritto per il tifo esantematico.

Altro criterio importante è la *gravità* della malattia. Il tifo esantematico è malattia grave, la mortalità è piuttosto elevata; mentre la febbre eruttiva è malattia benigna, l'esito è favorevole, e quando conduce a morte ciò avviene non per complicanze, ma per lesioni preesistenti. Questa affermazione che feci già nel 1920, trova piena conferma nei casi studiati ulteriormente da me e da altri osservatori. Ora è bene fermarci su questa benignità della febbre eruttiva. Che una malattia grave possa dare dei casi benigni, è cosa ovvia, anche quando contemporaneamente esistano casi gravi; che una malattia abitualmente grave possa in una stagione essere benigna è cosa risaputa e gli antichi parlavano di genio epidemico benigno o maligno; ma la febbre eruttiva è sempre benigna e tale benignità non è di un anno, due, tre, ma ormai dal 1910 ad oggi non ha mai cambiato la sua natura; si tratta di più di un ventennio di osservazione. Devo anche aggiungere che durante la guerra, quando in Italia ed anche in Roma vi erano casi di tifo esantematico, con l'abituale mortalità, io non vidi alcun caso di febbre eruttiva ad esito infausto. Questa benignità è talmente costante che nei casi in cui la malattia è stata inoculata all'uomo o con il sangue di malati ovvero con il sangue delle zecche infette, mai si è avuta la riproduzione della malattia in forma maligna. Non si tratta quindi di benignità di singoli casi, nè di benignità di stagione, ma di una benignità costante sia per la durata dell'osservazione che per la riproduzione nell'uomo.

Un quarto dato importante è la *contagiosità;* il tifo esantematico è malattia eminentemente contagiosa, la febbre eruttiva *non è contagiosa.* Anche questo dato di fatto fu da me affermato nel 1920 e non posso oggi che riconfermarlo e son lieto di poter aggiungere a conferma di questa mia osservazione l'opinione del Pecori, Direttore dell'Ufficio d'Igiene di Roma e la cui competenza in questo ramo è a tutti nota, che nettamente nella sua memoria si esprime in questo senso. Tale non contagiosità della febbre eruttiva nei rapporti del tifo esantematico è interpretata dagli unicisti come dovuta al diverso vettore, il pidocchio per il tifo esantematico, la zecca per la febbre eruttiva, ma sorprende come pur non mancando i pidocchi negli ambienti dove è stata riscontrata la febbre eruttiva, mai si sia sviluppata nè un'epidemia di febbre eruttiva nè di tifo esantematico.

A me pare dunque che l'esantema in gran parte, la febbre in piccola parte, la benignità costante, la non contagiosità, la presenza delle macchie nere permettano di separare nettamente la febbre eruttiva dal tifo esantematico classico.

Certamente più difficile appare la diagnosi con il Morbo di Brill giacchè questa malattia è benigna e l'esantema non è sempre petecchiale; però è da ricordare che l'esantema nel morbo di Brill non è mai noduloso, non ha la topografia della febbre eruttiva; la malattia si sviluppa in forma epidemica, e manca la macchia nera. Ma per il morbo di Brill vengono in soccorso altri dati di laboratorio che mentre l'identificano con il tifo esantematico, lo distinguono dalla febbre eruttiva.

II. DATI DI LABORATORIO.

Nel 1920 sui dati sopra indicati, meno la macchia nera, fondai il concetto della entità a sè della febbre eruttiva, ma dal 1920 ad og-

gi per opera di autori italiani e francesi, molte nuove conoscenze sono state acquisite; è necessario perciò vedere se in base ad esse il concetto dualistico ancora si può sostenere.

Il primo dato importante di questo gruppo è la scoperta del *vettore della febbre eruttiva.* Si può oggi affermare con certezza che pur non potendosi escludere altri vettori, la zecca è il vettore ordinario della febbre eruttiva. L'ipotesi emessa dalla Scuola di Marsiglia è stata largamente convalidata dai medici romani (Pecori-Sampietro).

Da parte mia posso dichiarare che in un caso trovai nel malato delle zecche, ed in quasi tutti i casi, nei quali mi fu possibile fare indagini, potei trovare nelle case dei malati, cani con zecche. Gli esperimenti recenti di riproduzione della febbre eruttiva con zecche triturate, confermano questo concetto. Ora a mio parere l'aver la febbre eruttiva un vettore a sè diverso da quello del tifo esantematico, è un forte argomento in favore della teoria dualistica. Ma si obbietta che vi sono malattie che possono avere diversi vettori; ciò non si può negare, ma se è vero come vogliono gli unicisti che appunto il diverso vettore dà l'impronta speciale alla malattia, bisogna ritenere, essendo la malattia costante ed immutabile da 20 anni, che per lo meno questo virus abbia scelto la zecca come suo vettore prediletto, e non si lasci prendere dai pidocchi, che pure disgraziatamente non mancano negli ambienti dove è stata riscontrata la febbre eruttiva. Quindi anche nel caso di un virus originariamente unico, oggi esso si è notevolmente differenziato; ma riprenderò in seguito questo argomento. Altro dato importante fornito dal laboratorio è che mentre il tifo esantematico si può riprodurre nelle cavie, non si è riusciti a riprodurre la febbre eruttiva; questo dato io posso confermarlo per lunga esperienza personale, perchè quasi in tutti i casi studiati dopo il 1920 ho inoculato la cavia con risultati negativi, mentre non solo si è riusciti a riprodurre nella cavia il tifo esantematico, ma anche il morbo di Brill e questo costituisce una differenza fondamentale tra morbo di Brill e febbre eruttiva. Altro dato importante è la mancanza nella febbre eruttiva della così detta immunità crociata con il tifo esantematico, mentre è stata nettamente dimostrato che esiste tra il morbo di Brill ed il tifo esantematico.

Questi nuovi dati forniti dal laboratorio, confermano, a mio parere, la teoria dualistica; e forse questa teoria avrebbe trionfato se un quarto dato importantissimo non l'avesse fortemente scossa.

Questo quarto dato è l'aver riscontrato, nella febbre eruttiva, positiva la prova agglutinante con il proteus X 19 o prova di Felix Weil. Questa prova fu da me ricercata nel caso 14° della mia memoria ma con risultato negativo; però la mia ricerca fu fatta solo nel periodo febbrile. Si deve al Pecori di aver approfondito le ricerche in questo campo e fautore della teoria unicista, avendo tenuto in osservazione gli ammalati guariti, di aver potuto dimostrare che la prova praticata nella convalescenza e con ceppi di Protei diversi dà una reazione positiva in gran numero di casi. Questi risultati del Pecori non sono stati riscontrati da altri, ma io devo dichiarare che se la prova è fatta a convalescenza avanzata, i risultati del Pecori sono giusti. Riguardo alle proporzioni della diluizione del siero, io ho potuto vedere anche la prova positiva ad alta diluizione. Credo quindi che si possa accettare che nella febbre eruttiva la prova è positiva con le seguenti tre riserve, e cioè: 1) che la prova è da farsi solo nella convalescenza; 2) che non lo è nel 100 per 100 dei casi; 3) che alcune volte lo è solo a bassa diluizione. È necessario anche aggiungere che secondo studi recentissimi (Reitano e Boncinelli) la prova è positiva con il sangue delle zecche sospettate infette dal virus della febbre eruttiva e col sangue di cani sospetti serbatoi del virus (19 %).

Dirò subito che dall'aver riscontrata la prova positiva nelle zecche e nei cani si è voluto dedurre che ciò conferma la teoria unicista, cosa a mio parere non giusta. La prova invece conferma a mio modo di vedere che le zecche ed i cani contengono veramente il virus della febbre eruttiva, dato certamente importantissimo per la etiologia della malattia ma non per la natura.

Tornando ora alla positività della prova di Felix Weil nella febbre eruttiva, si è dedotto dagli unicisti che la febbre eruttiva è uguale al tifo esantematico e che le tre riserve che io ho fatto sono dovute alla benignità della malattia. Questo ragionamento che potrebbe anche offrire il fianco alla critica perchè potrebbe trattarsi di una reazione di gruppo come tra tifi e paratifi, avrebbe valore se il Proteus X 19 fosse la causa del tifo esantematico, cosa che pare fino ad oggi esclusa; ed allora che valore può più avere la prova per dirimere una questione così importante? Se secondo alcuni autori la prova nel tifo esante-

matico è dovuta a speciali condizioni biochimiche del siero, che meraviglia che tali condizioni si verifichino in altre malattie, come la febbre eruttiva? Dubbi gettano su queste prove altri fatti dimostratici, cioè che il siero del tifo esantematico agglutina anche il Bacillo di Plotz e che in genere ha notevole potere agglutinante, e che il Proteus X 19 si lascia agglutinare facilmente anche da altri sieri (febbre tifoide, sepsi, ecc.). Tenuto conto dello speciale comportamento della prova nella febbre eruttiva, della facile agglutinabilità del Proteus X 19 io credo che la prova non possa scuotere l'edificio clinico costruito dai dualisti e corroborato dal vettore specifico, dalla mancanza di riproduzione nella cavia e dalla mancanza dell'immunità crociata. Io penso però che se la positività della prova di Felix Weil non ha il valore assoluto che le hanno voluto dare gli unicisti, non può mai non essere tenuto in considerazione. Essa serve anzitutto al medico pratico a confermare la diagnosi di febbre eruttiva; dico « a confermare » perchè la positività tardiva fa fare la diagnosi solo nella convalescenza. Serve anche al patologo perchè dimostra che qualche cosa di comune deve esistere tra il tifo esantematico e la febbre eruttiva. In via ipotetica ma solo in tale senso, potrebbe ritenersi che i due virus siano affini e affini anche al Proteus X 19 con i quali potrebbero avere in comune la agglutinazione che sarebbe reazione di gruppi.

Certamente tutti i nuovi studi su vettori, sopra i serbatoi di questi virus potranno gettare grande luce sopra questi gruppi di malattie, le quali però fino ad oggi a mio modo di vedere sia per ragioni pratiche che igieniche devono essere tenute nettamente distinte.

Chiedo venia a tutti gli Autori che si sono occupati dell'argomento se non li ho citati, perchè mi riservo di ritornare sull'argomento e di essere completo nella letteratura.

RIASSUNTO.

L'A. riesamina la questione se la febbre eruttiva è uguale al tifo esantematico attenuato ed in base a dati clinici e di laboratorio, pur riconoscendo che forse i virus fino ad ora ignoti delle due malattie possono originariamente avere avuto qualche cosa di comune, oggi per ragioni pratiche ed igieniche ritiene che le due malattie devono essere considerate come entità cliniche indipendenti.

Roma, 15 settembre 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SPEDALI RIUNITI DI S. GIMIGNANO.
Dott. G. GUCCI, Dirett. San. e Chir. Primario.

Su di un caso di anomalia di fissazione dell'ansa ileo-colica

per il dott. PIERO BENINI, assistente.

Le anomalie di fissazione dell'ansa ileo-cieco-colica non sono rarissime. Ne sono stati descritti in questi ultimi tempi un notevole numero di casi, parte dei quali riscontrati al tavolo anatomico, alcuni al tavolo chirurgico ed infine altri veduti a cielo coperto, cioè senza apertura dell'addome, ma per mezzo dell'esame radiologico.

Alcuni autori ne hanno parlato prendendo in considerazione solamente il cieco (cieco eretto, cieco alto, cieco invertito, cieco rovesciato, ecc.). Mentre di anomalie di tutta l'ansa ileo-colica è I. L. Faure che per primo ne parla nel 1895 prendendo in esame due casi nei quali il cieco era sottoepatico e il posto dell'ascendente era occupato dalla parte terminale dell'ileo.

P. Alglave in una sua relazione del 1907 considera il segmento ileo-ciecale in situazione lombare del 3 % dei casi, in situazione iliaca nel 74 %, in situazione pelvica nel 23 %.

Su questo argomento hanno pure portato la loro attenzione più recentemente G. Bagnaresi, Donati ed è di questi ultimi tempi un caso di distopia del cieco descritto dal Soli.

Naturalmente di queste anomalie di posizione e di fissazione dell'intestino che sono dovute, come diremo più avanti, ad un arresto di questo nella sua normale evoluzione embriologica, ne possiamo trovare di vario grado più o meno accentuate, più o meno divergenti dalla normalità. E il perchè si possa formare tutta questa gamma di anomalie ben si spiega col fatto che essendo esse dovute ad arresti nello sviluppo dell'intestino, questi arresti possono aversi in qualsiasi momento dell'evoluzione. E quindi se questo arresto è stato precoce si avrà un'anomalia più evidente mentre se è stato in un periodo terminale dell'evoluzione del tubo digerente si avrà un'anomalia meno evidente.

Ciò premesso porterò anch'io un contributo alla casistica di quest'anomalia descrivendo un caso di anomala posizione dell'ansa ileo-cieco-colica, complicato ad appendicite acuta perforata.

Il paziente fu operato dal dott. Gucci, di-

rettore degli Ospedali Riuniti di San Gimignano. Esso si era presentato alla sua osservazione dicendo che da un po' di tempo andava soggetto a dolori di corpo che il medico aveva diagnosticato per appendicite. Visitato fu infatti trovata dolente alla pressione profonda la regione della fossa iliaca destra e gli fu consigliato senz'altro l'atto operativo.

S. Giovanni, di anni 27, da S. Gimignano, muratore. Niente di interessante negli ascendenti e collaterali. Nell'infanzia soffrì di morbillo. Del resto ha avuto sempre buona salute. Non ha mai accusato nè stitichezza nè altri disturbi a carico dell'apparato digerente. Non ha mai sofferto nè disappetenza nè cefalee. Nel marzo 1930 mentre era al lavoro fu assalito da un forte dolore all'addome accompagnato da vomito verdastro. Si mise a letto, prese un clistere e dopo un giorno, essendo cessata questa sintomatologia tornò al lavoro. Questi stessi fatti si ripeterono nell'agosto del '31 e poi nel settembre ed essendo quest'ultima volta più intensi e duraturi fu chiamato un medico che fece diagnosi di appendicite.

Soltanto in questo ultimo accesso si misurò la temperatura che era arrivata a 38°. Il punto dove, a detta del paziente, il dolore era più forte, si poteva localizzare un 5 cm. perpendicolarmente sotto il punto cistico.

Entra in Ospedale il 26 ottobre 1931 in periodo di benessere.

E. O. Addome trattabile, non meteorico, non zone localizzate di resistenza. Alla palpazione anche profonda della regione appendicolare e del tratto ascendente del colon non si risvegliano dolori nettamente localizzati; ma solo una dolenzia diffusa specialmente verso l'alto e che il paziente sopporta senza eccessiva sofferenza.

Non vomito. Alvo regolare. Apiressia.

Operazione (Gucci). — Laparotomia pararettale destra. Aperto l'addome si va alla ricerca del cieco nella fossa iliaca. Questa invece è occupata dall'ultima ansa dell'ileo che è aderente per mezzo di forti e spesse membrane alla parete laterale esterna dell'addome. Tali membrane formano una specie di ponte fibroso in modo che tra la parete dell'addome e l'ansa ileale esiste spazio vuoto sotto il quale si rinviene il fondo ciecale. Si distacca mediante sezione fra due pinze questo ponte fibroso, si sposta medialmente l'ansa intestinale e si va alla ricerca dell'appendice. Tale ricerca riesce laboriosa perchè il cieco è fisso e aderente col suo fondo alla parete posteriore della regione. Mediante leggera dissezione digitale si mette allo scoperto l'impianto appendicolare e si segue l'organo che si riconosce essere nettamente retrocecale ascendente lungo circa 12 cm. Tutta l'appendice è imbrigliata in aderenze che la tengono fissa saldamente, specialmente alla punta che raggiunge la regione sottoepatica.

Sempre per via ottusa si cerca di distaccare il verme, mentre nella dissezione delle aderenze si dà esito a una raccolta purulenta di circa 50 gr. di pus.

Si pratica l'appendicectomia, si drena mediante garza iodoformica tutta la regione e si pone il paziente in posizione di fianco destro. Andamento regolare. Guarigione.

Abbiamo visto come aperto l'addome il cieco si sia trovato in posizione sotto-epatica e come la fossa iliaca destra fosse occupata non dal cieco ma dall'ansa terminale dell'ileo.

Ora per comprendere come l'ansa ileo-ciecale si sia potuta fissare in questa anormale posizione bisogna ricordare i diversi cambiamenti di posizione a cui va incontro durante il suo sviluppo l' « ansa intestinale primitiva » dalla quale si formeranno il digiuno, l'ileo, l'apparato ciecale, il colon ascendente e il trasverso.

Quest'ansa la cui convessità è diretta in basso e in avanti verso l'ombellico risulta di due bracci paralleli: il prossimale che è superiore e il distale inferiore.

Molto presto incomincia nell'ansa un movimento di rotazione in avanti e a destra in modo che alla fine della decima settimana della vita intrauterina è avvenuta una rotazione tale per cui il braccio distale che stava in origine sotto il prossimale si trova al lato destro di esso e lo incrocia dall'avanti. È in questo periodo che il cieco viene a trovarsi sotto al fegato. Ora per un arresto di sviluppo in questo movimento di discesa noi possiamo appunto aver la posizione trovata nel nostro paziente.

Oltre al cieco che si trovava in posizione alta e aderente alla parete posteriore dell'addome era da notarsi il fatto molto importante che anche l'ileo terminale era fissato alla parete laterale esterna dell'addome da membrane di notevole spessore che formavano una specie di ponte tra l'ansa dell'ileo e la parete addominale laterale. Ora questa fissità dell'ansa ileale deve ritenersi un fatto congenito concomitante con la posizione alta del cieco, o un fatto acquisito?

Secondo una statistica dell'Alglave l'accollamento dell'ileo terminale esisterebbe nell'8 % dei casi, unito a fissità del cieco, nel 13 % con cieco mobile.

Perciò riguardo all'origine delle lamine che esistevano nel nostro caso a fissare l'ultima parte dell'ileo si può pensare a una formazione congenita, sia perchè questa non è difficile a trovarsi, sia anche perchè, come dice il Donati, molte volte essa si trova ad accompagnare l'arresto in lunghezza del colon ascendente.

Anche il Quarella in tre casi da lui descritti trovò una lamina che fissava l'ileo terminale e che fu da lui interpretata come un prolungamento inferiore della radice mesenterica.

D'altra parte per la natura congenita sta anche il fatto che il nostro paziente aveva un passato indenne da disturbi addominali, nè

data la natura delle membrane è da pensare che queste potessero essere di data recente e cioè formatesi solo nell'ultimo periodo, prima cioè del suo ingresso all'Ospedale.

C'è da notare inoltre che un processo infiammatorio capace di produrre tali aderenze non poteva passare inosservato ma doveva dare una sintomatologia ben evidente se non addirittura grave.

Mi pare quindi che chiara apparisca la forma congenita del ponte fibroso da noi trovato, e che sarebbe passato certamente inosservato se non fosse capitato l'episodio appendicitico.

Riguardo ai disturbi che possono sorgere su questo particolare terreno anatomico e che infatti, secondo alcuni autori, spesso si riscontrano nei precedenti di questi soggetti, abbiamo: stipsi ostinata, doloretti intermittenti o sub continui con localizzazione alla regione epigastrica o alla regione periombellicale o all'ipocondrio destro o alla fossa iliaca d.

Inappetenza, difficoltà di digestione, gonfiore dopo i pasti, cefalee.

Nel nostro ammalato, come si può leggere nella sua breve anamnesi, non vi è stato prima dell'attacco di colica appendicolare nulla di tuttociò. Egli è stato sempre regolare e perfetto nelle sue funzioni intestinali. Non disappetenza, non difficoltà di digestione, non stipsi. Anche nei periodi intervallari non ha mai accusato disturbi.

All'esame obbiettivo di questi soggetti, non risultano segni caratteristici o particolarmente importanti che ci possano indirizzare ad una diagnosi di anomalia di sede dell'intestino. Si posson riscontrare i punti dolorosi dell'addome destro associati, si può avere il colecistico, in quanto, dice il Donati, il segno di Murphy è positivo; l'appendicolare che può essere spostato in alto, come era nel nostro caso, al disopra del punto dove generalmente si apprezza (punto di Mac Burney o di Lanz) fino all'altezza dell'ombelicale trasversa sul margine esterno del retto. Infatti nel nostro caso il punto era spostato in alto in regione paraombellicale.

Un nuovo punto doloroso dorsale nell'appendicite è stato descritto dal Campanacci, con « Sede nell'ultimo spazio intercostale od immediatamente sotto l'ultima costa di destra in una zona di qualche centimetro compresa tra l'emiscapolare e l'ascellare posteriore », (Campanacci) che sarebbe stato riscontrato particolarmente evidente quando l'appendice si trova in posizione retrocecale.

Come ben si comprende però poco abbiamo per potere con l'anamnesi e l'esame obbiettivo diagnosticare l'anomala posizione dell'appendice e quindi dell'ansa ileo-colica.

Un valido aiuto è, come hanno dimostrato vari autori, (Donati, Soli, ecc.), un esame radiologico dell'apparato digerente.

Con l'esame *per os*, ma principalmente col clisma opaco, possiamo mettere in evidenza più o meno chiaramente il vizio di posizione dell'ansa ileo-cieco-colica e possiamo, se non mettere in luce, fortemente sospettare la sede anomala dell'appendice.

Il prof. Donati in una sua pubblicazione su questo argomento riporta sei dimostrative radiografie di anomalie dell'ansa ileo-cieco-colica dove si vede con chiarezza la posizione del cieco che in alcune è rovesciato, in altre è sottoepatico.

L'appendice è visibile in soli due casi. Interessante è il comportamento dell'ileo terminale che si è sbizzarrito a fissarsi nelle più diverse posizioni.

Lo possiamo vedere decorrere *lateralmente* al cieco per poi incrociare il colon oppure formare una grande ansa al di sopra del cieco rovesciato; in un caso di ectopia sotto-epatica del cieco l'ansa era accollata e incrociante a X l'inizio del colon trasverso.

Riguardo al colon ascendente esso è a volte a decorso parzialmente discendente, perchè piegato a U, oppure è addirittura tutto a decorso discendente quando l'angolo destro del colon viene ad essere in basso con la concavità volta in alto.

Nel nostro caso se fosse stato eseguito l'esame radiografico si sarebbe certamente dovuto vedere il cieco in posizione alta e la fossa iliaca destra occupata dall'ansa terminale dell'ileo che decorrendo verso l'alto, lungo la parete laterale dell'addome, a un certo punto si dirigeva medialmente incrociando il cieco dall'avanti. Unendo al reperto radiologico i dati anamnestici e clinici possiamo allora con una certa sicurezza formulare un'abbastanza esatta diagnosi preoperatoria di appendicite ectopica e anomalia di posizione dell'ansa ileo-colica.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale, dato il punto dolente che il nostro paziente presentava, a sede alta, si poteva pensare ad una lesione colecistica, per la quale però mancavano i segni propri di questa forma morbosa, mentre non era da escludersi una forma renale per il fatto che il dolore si risvegliava in modo speciale con la palpazione combinata.

L'esame accurato, indirizzato in questo senso, ci fece scartare queste lesioni, che ci sem-

brò giusto porre nel problema diagnostico dal quale scaturì la diagnosi di appendicite.

In questo caso vi era di grande interesse anche, che la sintomatologia appendicolare e di per sè abbastanza leggera, non corrispondeva affatto all'entità delle lesioni anatomo-patologiche, che erano gravi e ciò viene a confermare: « essere quanto mai variabile il nesso fra sintomatologia clinica e la lesione anatomo-patologica la quale ultima può essere gravissima pur trovandosi l'ammalato in quell'apparente e malefica calma che molte volte, a dir del Dieulafoy (les accalmies traitresses), è la causa della morte del paziente » (Gucci).

Infatti mentre il nostro ammalato era venuto a farsi visitare in periodo intervallare di benessere, senza zona di resistenza all'addome, senza vivo dolore alla palpazione profonda, ma soltanto con una dolenzia diffusa, poi aperto l'addome, si è trovato un ascesso appendicolare contenente un 50 grammi di pus.

È questo un fatto di capitale importanza poichè ci dimostra che anche nei casi a sintomatologia lieve non bisogna fidarsi troppo nell'attesa poichè è necessario sempre ricordarsi di questa discordanza fra sintomatologia e reperto anatomo-patologico.

Da ciò scaturisce ancora una volta la grande indicazione per queste forme morbose di un pronto intervento chirurgico e la necessità per il medico pratico, di ricordarsi di questi casi per l'invio dei pazienti al chirurgo in tempo opportuno.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di anomalia di fissazione dell'ansa ileo-colica con appendicite e peritonite circoscritta soffermandosi nel meccanismo di formazione dell'anomalia, sull'influenza che ha avuto l'anomalia nella sintomatologia dell'ascesso appendicolare e termina facendo alcune considerazioni che consigliano il medico pratico ad inviare prontamente al chirurgo i casi consimili anche se a sintomatologia di non grave entità.

BIBLIOGRAFIA.

P. ALGLAVE. *Contribution à l'anatomie chirurgicale et compar. du segment iléo-cécal de l'intestin de l'adulte.* Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 82e année, 1907, p. 124

G. BAGNARESI. *Sulle ectopie del cieco e del colon ascendente.* Archivio di Radiologia, 1931, VII, fasc. I.

G. BALESTRA. *Sul cieco eretto.* La Radiologia Medica, 1931, fasc. 2.

D. CAMPANACCI. *Le localizzazioni dolorose dell'appendice. Valore diagnostico e patogenesi di un nuovo punto doloroso dorsale.* Minerva Medica, n. 41, 1931.

D. CAMPANACCI e A. LO JACONO. *Valore diagnostico di un nuovo punto dorsale dell'appendicite.* Giornale di Clin. Medica, 1931, fasc. V.

M. DONATI. *Anomalie di fissazione dell'ansa ileo-colica e appendicite.* Arch. Italiano di Chirurgia, 1931, vol. XXX, fasc. I.

M. DONATI, F. ALZONA. *Le stenosi ileo-coliche di posizione.* Ibid., III, 1931.

I. L. FAURE. *Anomalie dans la situation du coecum et de l'extremité de l'iléon.* Bull. Soc. Anat. Paris, 70e année, 1895, pag. 9.

G. GUCCI. *La sindrome dolorifica della fossa iliaca destra.* S. Giovanni Valdarno, Tip. Pulini.

ID. *L'intervento sistematico formula assoluta nell'appendicite acuta.* Policlinico, Sez. Prat., 1926.

B. QUARELLA. *Contributo alla patologia della fossa ileo-ciecale.* La Clinica Chirurgica, n. 5-6, 1916

A. SALOTTI. *La ricerca radiologica del dolore soggettivo nell'appendicite cronica.* Diario Radiologico, 1928, n. 3.

D. SOLI. *Contributo allo studio clinico e radiologico delle anom. cong. di sede dell'intestino.* La Clin. Chir., 1931, fasc. 10.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Filtrabilità del virus malarico.

Abbiamo già dato notizia preliminare delle esperienze che G. Ascione ed E. Mariotti hanno comunicato, su questo argomento, alla R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli, nella seduta del 30 aprile c. a. (v. fasc. 27, p. 1061).

Il lavoro per esteso è stato ora pubblicato nella *Rivista di Malariologia* (luglio-agosto 1932). Risultano da esso vari dati interessanti.

Come abbiamo già riferito, attraverso le candele porose Berkefeld (V. e N.) furono filtrati liquido cefalo-rachidiano e sangue prelevati da malarici terzanari durante gli accessi febbrili.

Le esperienze furono in numero di 10, delle quali 5 con sangue e 5 con liquido c.-r. Il sangue veniva raccolto in soluzione isotonica di citrato e cloruro sodico (1 parte di sangue per 9 di soluzione); il liquido c.-s. veniva filtrato tal quale. La filtrazione si eseguiva sotto 1/2 atmosfera di aspirazione (a caduta d'acqua. Si iniettavano 10 cmc. del filtrato. L'iniezione ebbe luogo endovena (9 casi) o nel cavo rachideo (1 caso).

Venne costantemente riprodotta la febbre; l'incubazione fu in genere di 10-12 giorni. Gli accessi furono sempre miti, a volte regolari, a volte irregolari. In primo tempo gli ematozoi specifici mancarono, così nel sangue periferico come nella milza; poi comparvero in 6 casi, comprovando, per tal modo, come il virus fosse stato trasmesso. Si ebbero anche alcuni casi di recidiva, a breve scadenza.

Dai 4 soggetti nei quali non si repertarono i parassiti, venne prelevato il sangue ed inoculato ad altri soggetti; in 2 di tali esperienze comparvero gli accessi febbrili e si riscontrarono i parassiti.

Questi rilievi attestano che non solo i parassiti malarici assumono normalmente una

fase invisibile; ma che tale fase, dopo l'inoculazione, può perdurare più giorni, in uno stato che diremmo di « purezza », cioè senza accompagnarsi agli altri stadî del ciclo parassitario, pure dimostrandosi in grado di produrre le febbri. In altri termini, le febbri non sono condizionate dal ciclo asessuale e dalla produzione di merozoiti, come fin'ora si era creduto.

I parassiti della fase filtrante sono, però, attenuati; difatti le febbri da essi provocate furono sempre miti.

Pure non percorrendo un ciclo riconoscibile, essi hanno potuto determinare, in un certo numero di casi, delle febbri regolari, periodiche. Il fatto merita ulteriori studi.

La ricostruzione del ciclo asessuale si ebbe solo in secondo tempo, e non fu costante. Anche se i parassiti non si repertavano, erano però certo presenti, in forma invisibile, come venne attestato dai passaggi ulteriori, attraverso soggetti nuovi.

Le ricerche di Ascione e Mariotti, eseguite nell'Istituto d'Igiene di Napoli, il quale è diretto da una competenza del valore di De Blasi, meritano fiducia assoluta. D'altronde s'inquadrano bene con alcuni rilievi anteriori, come è detto nella *Rivista di Malariologia* (1932, p. 365) e come ebbe ad osservare Henry nel recente Congresso di Marsiglia, in cui le ricerche suddette furono riferite dal De Blasi.

Il presidente del Congresso, Marchoux, non esitò, anzi, a dichiarare che si trattava della più importante comunicazione fatta al Congresso medesimo se (come tutto lascia credere) verrà confermata.

La filtrabilità del virus malarico segna certo una pietra miliare nelle nostre conoscenze sulla malaria. A. POZZI.

COMMENTI.

Sulla cosidetta febbre esantematica mediterranea.

Riceviamo:

Sig. Direttore de « Il Policlinico » - Roma.

Il dott. D. Falcioni (in questo periodico, n. 40, 1932) esprime il suo rammarico per non essere stato ricordato nella nostra nota preventiva sulla « Così detta febbre esantematica mediterranea » apparsa nel n. 36 del *Policlinico* di quest'anno. Il carattere molto sommario della nota stessa non permetteva di rammentare tutti gli AA. che si sono occupati dell'importante argomento. Possiamo tuttavia assicurare il dott. Falcioni che nel lavoro completo daremo ad ognuno il posto che merita, procurando di essere, quanto più è possibile, imparziali.

Dev.mi: Prof. UGO REITANO
Dott. UMBERTO BONCINELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Essenza, significato e terapia della estrasistolia.

(E. BLUMENFELDT. *Die Med. Welt.*, 20 agosto 1932).

Fra i vari tipi di aritmia, o meglio, fra i vari disturbi di conduzione degli stimoli, la estrasistolia ha per il medico pratico una grande importanza, data la sua grande frequenza.

Wenckebach ne dà la seguente definizione: *contrazioni di tutto o di singole parti del cuore, che non rientrano nel ritmo normale di esso;* la precisa localizzazione dei vari tipi di estrasistole, che praticamente si può stabilire solo con i mezzi grafici (spec. elettrocardiogramma), è di grande importanza per la comprensione del quadro morboso, in quanto l'azione sul circolo da essa E. S. derivante è tanto maggiore quanto più lontano è il suo luogo di insorgenza dal normale centro di formazione degli stimoli.

Può la E. S. essere riconosciuta ambulatoriamente o al letto dell'ammalato senza l'aiuto di speciali apparecchi di ricerca? Generalmente sì: l'esame del polso principalmente servirà a riconoscerne le varie forme: la bigeminia estrasistolica, la estrasistolia ritmica, la E. S. senza ritmo dominante. Certamente per l'analisi precisa di queste varie forme e per stabilire il punto preciso di insorgenza dello stimolo abnorme è necessario l'aiuto dei metodi grafici. Fra questi, oltre l'elettrocardiogramma, la cui importanza è ormai riconosciuta da tutti i clinici, è da ricordare l'esame della curva del polso venoso, per la cui interpretazione in questi casi il Wenckebach ha dato delle linee direttive abbastanza precise.

Le manifestazioni cliniche subiettive della E. S. sono svariatissime: mentre si danno individui, nei quali il disturbo non dà alcuna sensazione subiettiva tanto da non venire nemmeno notato, vi sono altri che accusano delle sensazioni spiacevolissime: la E. S. è avvertita secondo alcuni come un colpo al cuore, secondo altri come un rumore, come una scossa seguita da una sensazione angosciosa come se il cuore si fosse arrestato (pausa di compenso). La forte pulsazione che segue a questa pausa è avvertita però più alla periferia che alla regione cardiaca. Queste sensazioni angosciose possono verificarsi anche di notte e svegliare il paziente. Anche l'anamnesi può essere di molto aiuto per stabilire l'esatta diagnosi: il paziente racconta che il disturbo ha avuto inizio senza alcuna particolare causa comprensibile e che spesso scompariva senza che fosse stata presa alcuna misura terapeutica. Questo

fatto, se si può escludere la presenza di una tachicardia parossistica, è assoluatmente caratteristico della estrasistolia.

Riguardo al comportamento del cuore e dei vasi nella E. S., è noto come nella grandissima percentuale dei casi gli estrasistolici siano organicamente del tutto sani: il cuore appare normale sia nella forma che nella grandezza: i toni sono normali. In altri casi si notano alterazioni nella frequenza del polso, nella pressione sanguigna, nello stato delle arterie periferiche: in questi casi però possono essere chiamati in causa anche dei fattori estracardiaci, quali asma bronchiale, meteorismo accentuato, dilatazione gastrica, disturbi intestinali, ernie, malattie dell'utero e degli annessi, ecc.: nè è da escludere il fattore puramente nervoso (riflesso vagale) in alcuni schocks (grandi dolori, ansie, gioie, ecc.).

Molti AA. ammettono che esista una predisposizione alla malattia: certo si è che gli stessi fattori tossici o ambientali (nicotina, caffè, alcool, surmenage, variazioni di clima brusche) che in alcuni individui non producono alcun disturbo, in altri portano allo stabilirsi del quadro della E. S.

Riassumendo si può dire che la E. S. può riscontrarsi in individui sia completamente sani organicamente sia in individui in cui il miocardio sia in varia maniera alterato: essa non comporta necessariamente uno stato di alterato equilibrio circolatorio.

Prognosi e terapia. L'A. tenendo conto delle sue numerose osservazioni, crede che abbia importanza capitale per la giusta comprensione del quadro morboso e quindi per una netta prognosi ed una efficace terapia, lo studio accurato dell'anamnesi, specialmente per quanto riguarda la maniera con cui il disturbo si è presentato. La prognosi dipende dal fattore causale del disturbo, se sia esso cioè a base puramente nervosa o a base organica e, fino ad un certo punto, anche dal luogo in cui lo stimolo anormale si genera, fatto accertabile solo elettrocardiograficamente. In generale, come si è detto, la E. S. non arreca notevoli disturbi di circolo. La terapia della E. S. deve rivolgersi più che al corpo alla psiche dell'infermo: niente di meglio in questi casi del parlare chiaro al paziente. Si spieghi che il disturbo non ha nessuna effettiva base organica e che, malgrado la sintomatologia, talora molto spiacevole, non vi è nessun pericolo per le condizioni del cuore e della circolazione. Molto qui può l'intelligenza e la forza di persuasione del medico. Tutti i generi voluttuari, che notoriamente facilitano l'E. S., devono essere assolutamente proibiti: tabacco, caffe, bibite alcooliche contenenti acido carbonico ecc. Curare gli stati morbosi che possono provocare l'E. S. per via riflessa: dilatazione gastrica, imbarazzo, flatulenza, attacchi asmatici. Come sembra accertato, almeno per alcuni AA., che la digitale provoca gli attacchi di E. S., evitare questo medicamento. Il soggiorno in luoghi di cura è consigliabile, purchè il paziente non venga a trovarsi circondato da malati organici di cuore, compagnia che avrebbe una malefica influenza sullo stato psichico del paziente e quindi anche sulla sua E. S.

Dovendo attuare una terapia medicamentosa è consigliabile non ordinare delle specialità: sono malati questi che pretendono una ricettazione personale, per la loro *speciale* malattia. Si sfrutterà in tal modo anche l'effetto *psichico* del medicamento.

All'A. ha reso buoni servigi la somministrazione di: Tinct. Strychni; Tinct. Castorei ana 7,5; Tinct. Valerianae ad 30,0; 2-3 volte al giorno 30 gocce sullo zucchero.

Anche utili le cosidette pillole di Wenckebach: Chin. muriati 3,0; Strychn. nitr. 0,02.

M. q. s. ut p. pil. n. XXX. S. 3 pillole al giorno per la durata di dieci giorni.

Poche parole sulla terapia con la digitale: mentre la maggior parte degli AA., crede che la digitale, meno che utile, sia dannosa nei casi di E. S., altri Autori, fra cui Wenckebach, Brugsch, credono che piccole dosi di digitale siano indicate per diminuire la eccitabilità aumentata del miocardio. Come dose giornaliera si può usare 0,025 fino a 0,05, al massimo 0,1 delle foglie titolate.

Ma la terapia medicamentosa, come si è sopra detto, può rimanere in seconda linea. Più importante assai è la psicoterapia: solo quando il paziente avrà riacquistato la calma e la certezza del suo stato di perfetta salute, vedrà scomparire il disturbo, che lo aveva per tanto tempo tormentato. G. LA CAVA.

Il trattamento dei disturbi di circolo nella tifoide ed in altre malattie infettive.

(E. BASS. *Z. Blatt f. inn. Medicin*, 6 ag. 1932).

Il riconoscimento precoce ed il relativo trattamento dei disturbi di circolo in molte malattie acute ha un'importanza decisiva, sicchè in parecchi casi la sorte del malato dipende dal successo o meno di tale cura. Tali disturbi si hanno, da un lato, per lesioni tossiche dei centri vaso motori, per cui si ha una diversa ripartizione del sangue nel circolo periferico, dall'altro perchè lo stesso cuore viene compromesso dal grave stato infettivo che dura a lungo. Si può avere una lesione tossica primaria nelle infezioni massive, oppure un'insufficienza secondaria determinata dalla paralisi dei vasomotori per cui si esige un'eccessiva attività cardiaca, oppure è anche possibile un'affezione infiammatoria diretta del miocardio.

Ed è proprio nei gravi disturbi di circolo che riesce difficile il riconoscere la parte che vi prendono i vari fattori poichè, per la stretta dipendenza fra attività cardiaca e stato del si-

stema vasale si hanno delle azioni, reciproche, in cui si intrecciano i diversi fattori. Si aggiunga inoltre che i metodi di esame utilizzabili per i disturbi di circolo nei malati gravi sono per forza di cose assai limitati e ci si deve contentare il più delle volte a riconoscere un disturbo circolatorio senza poter decidere quale parte vi prendano i singoli componenti. Nella terapia, poi, va tenuto conto dello stato generale del malato, per cui spesso riesce difficile applicare una cura adatta al caso.

LE CONDIZIONI NELLA TIFOIDE.

Nella tifoide, il passaggio del germe patogeno nel sangue e la lunga durata della malattia impongono uno speciale riguardo. Ciò nonostante, non si deve credere che in tutti i casi si debba senz'altro applicare una terapia cardiaca, poichè il numero dei casi con decorso mite e senza disturbi di circolo non è piccolo. D'altra parte, però, si deve tener presente che non è facile cogliere sull'inizio il disturbo di circolo. Non è a credersi che ogni aumento della frequenza del polso ne sia un segno; ma, quando con temperature iperpiretiche, si vede continuamente aumentare la frequenza, il polso farsi decisamente piccolo ed anche dicroto, si deve riconoscere l'inizio dei disturbi circolatorii. In molti di tali casi, l'uso continuato di cardiazolo a gocce riesce molto utile; se non si ottiene l'effetto, si ricorrerà alle iniezioni sottocutanee o muscolari. L'uso di tale rimedio, che ha un'azione transitoria, va combinato con quello di altri, come la caffeina che, a seconda della gravità del caso, si darà ad intervalli di 2-3 ore od anche meno. L'A. non è molto favorevole all'olio canforato, a causa dell'azione troppo lenta e non sempre fidata. Molto attiva, invece, è la soprarenina (surrenalina, adrenalina) ad iniezioni di 1/2-1 cmc. eventualmente ripetute, agendo essa direttamente sulla parete vasale ed essendo attiva anche quando vi sono già lesioni dei centri vasali. Purtroppo la sua azione è transitoria, tanto che Schottmüller aveva proposto l'infusione continua endovenosa a gocce in soluzione fisiologica, mezzo che evidentemente non può essere adottato negli stati deliranti; tale autore è arrivato a somministrarne in tal modo nella polmonite crupale, fino a 45 cmc. in 3 giorni.

Non bisogna poi trascurare di rivolgere l'attenzione anche al cuore. Come mezzo di azione rapida e di dosamento sicuro si ricorre alla strofantina per iniezioni endovenose, di cui l'azione nelle malattie acute e specialmente nella tifoide durante il collasso acuto è ormai pienamente riconosciuta e l'A. ricorda parecchi malati con insufficienza cardiaca acuta salvati con questo rimedio.

Vanno esclusi dall'uso della strofantina tutti i casi leggeri e quelli che rispondono abbastanza bene agli altri rimedii; su 600 casi di tifoide, l'A. l'ha usata senza esitazione in 200 già prima che si manifestassero sintomi d'insufficienza cardiaca e se ne è trovato contento. Con essa, vanno usati anche i rimedi che agiscono sul centro vasomotorio e sul tono vasale, avendosi così la combinazione delle azioni favorevoli sul miocardio e sul circolo periferico.

L'A. usa 1/2 mg. di strofantina al giorno, in una sola volta, quando le condizioni del circolo rendono necessario il suo impiego. È consigliabile la somministrazione in una sola volta, tanto più che l'azione della strofantina dura a lungo. In alcuni casi la somministrazione giornaliera di 1/2 -1 mg. di strofantina è durata fino a 38 giorni.

Queste indicazioni non debbono fare ritenere che sia utile una schematizzazione nell'uso della strofantina, che deve applicarsi caso per caso, tenendo presente che le dosi troppo piccole sono inefficaci, mentre quelle troppo grosse sono da evitarsi.

La terapia adottata dall'A. va applicata nelle forme tossiche, gravi e di lunga durata, in cui accanto ai disturbi vasomotorii vi è anche una lesione del miocardio, forme che, nel materiale dell'A. erano piuttosto frequenti. In esse, l'uso della strofantina permette di evitare spesso quello di altri rimedii cardiaci e di risparmiare così il malato che non viene tormentato da troppo numerose iniezioni.

Bene usata, la strofantina non dà luogo a disturbi di sorta.

Certamente, è necessario stabilire bene le indicazioni e seguirne l'azione, specialmente in base alle osservazioni cliniche del polso (frequenza, pienezza, compressibilità, irregolarità, ecc.). L'abbassamento dei valori di pressione sistolica e diastolica al disotto della norma (rispettivamente 100 e 50 o 90 e 40) ha spinto l'A. all'uso della strofantina, specialmente quando i rimedii vasotonici non avevano dato risultati. Ma in altri casi, la misura della pressione non dava indicazioni sul grado dei disturbi circolatorii.

Altre indicazioni della strofantina sono date dai gravi delirii che esigono grandi sforzi dal sistema circolatorio, nonchè dall'aspetto del malato, dal turgore della pelle, dalla cianosi ed anche, in assenza di fenomeni sicuramente obbiettivi, dall'impressione che fa il malato. Un altro campo di indicazioni della strofantina è dato da eventuali gravi complicazioni da parte dei polmoni (ivi compreso l'enfisema), del cuore (vizii valvolari, lesioni miocardiche), per obesità, ecc.

Per quanto riguarda i risultati, sui 600 casi di tifoide, si è avuta una mortalità generale del 14,2 %; su 221 casi dell'epidemia di Anklam curati secondo queste direttive, la mortalità è stata del 10,4 %; per altri, non provenienti dall'epidemia di Anklam e curati allo stesso modo, la mortalità è stata del 2,63 %, il che dimostra

che le diverse epidemie presentano una gravità diversa, non influenzabile dal sistema di cura che, nei casi citati era sempre lo stesso.

Meglio di una statistica basata sulla mortalità vale invece l'osservazione clinica empirica, da cui risulta che i vantaggi dell'uso della strofantina sono così evidenti da non potere essere controbattuti da singoli insuccessi, quali si verificano in ogni terapia.

L'APPLICAZIONE PER ALTRE MALATTIE.

I successi ottenuti nella tifoide hanno incoraggiato l'A. ad usare il metodo anche in altre malattie infettive. Anzitutto nella *polmonite*: su 78 casi, il metodo è stato usato in 27, scegliendo i casi che presentano il quadro più grave, con partecipazione di più di un lobo, guidandosi per il giudizio sulla gravità come per la tifoide.

I pazienti erano per la maggior parte sul 40°-50° anno di vita. Il trattamento è incominciato piuttosto precocemente, oltrepassando raramente il 1/2 mg. di strofantina per dose e per giorno. In molti casi, già dopo 2-3 iniezioni, si otteneva l'effetto desiderato e raramente ne occorreva una quarta; ad ogni modo, anche per la polmonite non è da temere l'uso continuato del rimedio. I caratteri del polso cambiano quasi subito dopo l'iniezione; in parecchi casi si ha anche un abbassamento notevole di frequenza.

Ed è proprio nella polmonite che risulta l'incondizionata superiorità della strofantina sul consueto trattamento digitalico, appunto per l'effetto rapido che permette di opporsi al collasso che si installa bruscamente. Un altro vantaggio consiste nel dosamento preciso che si può fare con l'iniezione endovenosa.

Per l'A. il trattamento schematico con la digitale presenta due svantaggi: la sua azione lenta, che si manifesta soltanto dopo diversi giorni ed il suo accumulo nell'organismo. Del resto, la strofantina può usarsi senza timore anche se in precedenza è stata usata la digitale, con effetto insufficiente. Accanto alla strofantina, poi, possono applicarsi anche altri rimedii, quali il cardiazol, la caffeina, l'adrenalina, ecc. in modo da opporsi anche alla paralisi vasomotoria.

Altri autori hanno pure usato con successo la strofantina nella polmonite, come, p. es., Liebermeister che ha introdotto fino ad 1 mg. due volte al giorno. Egli vanta sopratutto dei buoni risultati in casi di tendenza al collasso, in cui si ottiene un polso pieno e teso. Così pure Schottmüller consiglia l'uso della strofantina nella polmonite, da farsi senza alcun timore; egli l'ha usata a lungo anche nelle malattie cardiache croniche, senza avere osservato nessuno svantaggio.

L'A. ha usato la strofantina anche in gravi complicazioni circolatorie di malattie influenzali, specialmente in presenza di lesioni bronco-polmonari o di disturbi circolatori. Il numero dei casi in cui tale terapia trova le sue indicazioni è assai minore per l'influenza, almeno in questi ultimi anni.

Anche nella scarlattina con gravi complicazioni circolatorie, l'A. ha usato la strofantina, trovandosene bene.

In complesso, nelle malattie infettive la strofantina può dare notevoli vantaggi; il pericolo di eccedere nelle dosi è relativamente scarso, tanto più che anche recenti ricerche hanno dimostrato che, nei febbricitanti, la strofantina viene parzialmente trattenuta dai tessuti, sicchè l'azione tossica sul cuore ne viene ritardata. I benefici effetti sul circolo mostrano la via da seguirsi nell'applicazione di questo rimedio che può essere di reale utilità. *fil.*

TIROIDE.

Valore terapeutico del sangue animale, del boro e del fluoro nella malattia di Basedow.

(ORLOWSKI. *Presse médicale*, n. 42, 1932).

Il problema della cura del morbo di Basedow, non è finora risolto a malgrado gli importanti lavori recenti, specie americani. Fra i metodi, in questi ultimi tempi proposti, debbonsi notare le terapie con il boro, con il fluoro e con il sangue di animali. L'A. riporta le esperienze in proposito istituite in 48 malati — 8 uomini e 40 donne —, appartenenti alle più diverse età e condizioni sociali. I malati restavano nella clinica per un periodo di almeno tre mesi: tutti i malati avevano i sintomi cardinali della malattia, più o meno al completo.

Durante i primi sette-dieci giorni i malati erano sottoposti ad accurata osservazione, specie per quanto riguardava il metabolismo basale, il peso del corpo, il sistema nervoso e psichico, il cuore, l'apparato digestivo ed il sangue. Veniva dapprima studiata l'influenza del riposo in letto con regime povero di proteine, privo di eccitanti alimentari; venivano poi studiati gli effetti di diverse terapie: fosfato di sodio, siero di Moebius, tiroidectina P. e D., insulina, borato di sodio, fluoruro di sodio, sangue di animali (intramuscolare) radioterapia.

Per limitarci ai risultati ottenuti con le più recenti novità terapeutiche, i particolari riferiti riguardano il boro, il fluoro ed il sangue degli animali. La cura del m. di B. con il sangue di animali è stata vigorosamente raccomandata dalla clinica chirurgica del Bier, di Berlino, nel 1926. Questa cura consiste nella iniezione intramuscolare di 3-5 cc. di sangue defibrinato, fresco di montone: in caso di bisogno si fa, dopo 8-10 giorni, una nuova inie-

zione di sangue di bue. Secondo i clinici berlinesi il peso del corpo aumenta già otto giorni dopo la seconda iniezione, migliora l'appetito, ritorna il sonno, diminuisce il metabolismo basale, mentre persiste la tachicardia. Se il miglioramento persiste, dopo quattro settimane gli AA. consigliano di iniettare nuovamente sangue di montone e poi di nuovo sangue di bue e così via. Gli AA. pretendono che 2-4-6 iniezioni sono sufficienti per un risultato positivo. Orlowski, scartando malati con deficienza cardiaca o con diarrea, ha esperimentato tale metodo: dopo l'iniezione i malati accusavano penoso dolore nel sito dell'iniezione, la temperatura si eleva di 1°-1°,5, per tornare normale dopo due giorni. Il peso del corpo dapprima si abbassava per tornare poi alla norma. Il metabolismo basale restava invariato, o si abbassava transitoriamente dal 10 al 17 %, con miglioramento dello stato generale. L'azione favorevole sembrava essere in rapporto con la somministrazione soltanto del sangue di montone, mentre il sangue di bue non aveva alcuna influenza sullo stato generale obiettivo e subiettivo dei malati.

L'impressione che si trae dalle esperienze è che la cura del morbo di B. con il sangue degli animali, secondo il metodo di Bier, non dà risultati più favorevoli della cura di riposo associata alla dieta appropriata, risultati quindi differenti da quelli di Zimmer e Fehlow ma simili a quelli ottenuti nella Clinica dell'Hiss.

La cura del m. di B., col boro è stata introdotta dal Loeper e Ollivier. Il boro rallenterebbe il polso, diminuirebbe la pressione arteriosa, i sudori profusi, il tremore delle estremità, la nervosità, il volume della tiroide, aumentando il peso del corpo: basterebbero 2-4 grammi di borato di sodio al giorno (soluzione al 5 per mille). Gli AA. spiegherebbero i risultati con una affinità del boro per la ghiandola tiroide. Orlowski ha usato il boro nei suoi malati per due, quattro settimane: ha potuto constatare un miglioramento considerevole dello stato subiettivo, diminuzione dell'eccitabilità generale, della traspirazione, della tachicardia, ritorno del sonno, diminuzione del tremore. Nessuna influenza sul peso del corpo, sul volume della ghiandola tiroide, sul metabolismo basale, sull'esoftalmo. Spesso era notata una depressione generale, un senso penoso di vuoto al cuore, sintomi che, come anche il miglioramento, scomparivano subito con l'interruzione del trattamento.

La cura con il fluoro è stata raccomandata nel 1928 dal Gotemberg della clinica del Castex: si somministrava fluorato di sodio, al 2 %, quattro volte al giorno, X-L, gocce. In caso di disturbi intestinali il fluorato di sodio era rimpiazzato dal fluorato di ammonio con simultanee iniezioni intravenose di fluorato di sodio. Dopo 4 iniezioni si sospendeva per 15-20 giorni. La cura doveva durare qualche mese fino al ritorno alla norma del metabolismo basale. Gotemberg otteneva aumento del peso del corpo, rallentamento del polso, diminuzione del tremore delle estremità, dell'eccitabilità e dell'insonnia, talora del gozzo e dell'esoftalmo, aumento dell'appetito e delle forze. Orlowski ha usato il fluoruro di sodio per 2-6 settimane: nessun sintoma sgradevole è stato notato, mentre migliorava l'appetito, diminuivano le palpitazioni di cuore, l'eccitabilità generale, la traspirazione, le diarree, il tremore, il polso, il metabolismo basale, ed aumentava il peso del corpo. La cura con il fluoruro non ha influenzato nè il volume della tiroide, nè l'esoftalmo, nè la pressione.

MONTELEONE.

La diagnosi delle forme fruste della malattia di Basedow.

(H. STEVENIN. *Paris méd.*, 9 luglio 1932).

Ciascuno degli elementi della malattia di Basedow: gozzo, esoftalmo, tachicardia, tremore, dimagramento, nervosismo, può trovarsi predominante mentre i restanti sintomi possono essere abbozzati od anche assenti.

Anzi tutto è necessario stabilire, nel caso in esame, se si tratta di ipertiroidismo, perchè noi abbiamo terapie efficaci contro la malattia di Basedow, terapie che sono inefficaci o dannose se questa affezione non è in causa.

Dobbiamo anzitutto intendere per malattia di Basedow, si tratti di gozzo esoftalmico o di gozzo basedowificato, le affezioni nelle quali esiste la partecipazione del corpo tiroide manifestantesi con una ipertiroidia.

Dobbiamo considerare invece come falsi Basedow o para Basedow, i casi nei quali non vi sono disturbi tiroidei, sindromi simpatiche che simulano il vero morbo di Basedow. Nella m. di B. tipica esiste un'associazione di disturbi simpatici e tiroidei: alla tiroide appartiene il dimagramento, ed in parte i disturbi cardiaci; la tachicardia. L'esoftalmo, le congestioni, il senso di caldo, il sudore, le crisi di diarrea, in parte la tachicardia, sono da attribuire al gran simpatico. L'intensità dell'ipertiroidia è dimostrata dalla misura del metabolismo basale: tuttavia alcuni autori hanno segnalato m. di B. nei quali il metabolismo basale era normale. Però il metabolismo basale è da considerarsi il « test » della m. di B.

Oggidì si fa troppo spesso la diagnosi di malattia di Basedow frusta, d'ipertiroidia: molti di questi cosidetti m. di B. frusti non hanno niente a che fare con questa malattia.

Anzi tutto bisogna ritenere dubbia la diagnosi di ipertiroidia allorchè non si riscontra nè tachicardia nè dimagramento: esaminiamo gli altri sintomi.

Il gozzo: se questo rimonta a parecchi anni, e non vi sono state modificazioni dello sta-

to di salute del malato, non si pensi all'ipertiroidia. Se il gozzo è recente od è aumentato di volume da poco tempo si può trattare di un gozzo con ipertiroidia (gozzo basedowificato) o di un gozzo tossico. In questi casi generalmente non vi è esoftalmo, ma vi è un certo dimagramento ed il polso è accelerato; nei gozzi con ipertiroidia il metabolismo basale è aumentato dal 30 al 40 % e più. Spesso abbiamo a fare con neuropatici con gozzo. Certo la diagnosi è qui delicata: non vi è dimagramento e questo è un segno importante, ma l'anoressia, i disturbi digestivi possono provocare dimagramento: non vi è tachicardia, ma l'emotività accelera il polso. Occorre in questi casi prolungare le osservazioni e ricorrere al metabolismo basale che è sempre normale.

L'esoftalmo: è un sintoma caratteristico ma non costante. Raramente si osserva nei gozzi tossici. Nelle lievi ipertiroidie, frequenti nella pubertà, si può notare una lieve sporgenza dei globi, uno sguardo vivo, con aumento di volume della tiroide. Può essere unilaterale anche nel m. di B. tipico. Ma la protrusione dei globi oculari può verificarsi all'infuori di ogni ipertiroidia.

Allorchè questo sintoma compare isolato, specie se è unilaterale, bisogna pensare ad una affezione orbitaria: tumore retrorbitario, polipo naso faringeo. In taluni soggetti, specie miopi, gli occhi sono spesso sporgenti, simulanti l'esoftalmo dei basedowiani: l'errore è avvalorato dalla presenza di un gozzo semplice o di uno stato neuropatico. Basta informarsi del numero degli anni intercorsi per la comparsa della miopia. Una forte miopia unilaterale può dare luogo ad un esoftalmo unilaterale. Così una sindrome puramente simpatica può dar luogo ad un esoftalmo unilaterale. L'A. ha constatato anche un caso di esoftalmia unilaterale in un caratteristico psicopate: posto il quesito dell'ipertiroidia questa fu potuta eliminare con la misura del metabolismo basale.

Il dimagramento: è un segno capitale. Tuttavia non sono eccezionali degli obesi con tipico m. di B. È più facile osservare casi nei quali tutti i sintomi della m. di B. si mostrano tipici, mentre è moderata la perdita del peso. In questa forma l'ipertiroidia sembra passare in seconda linea, mentre predominano i sintomi simpatici. In questi casi, effettivamente, il metabolismo basale è aumentato poco: è interessante questa forma perchè la terapia (radioterapia) non offre buoni risultati come nella forma abituale, mentre col trattamento iodato migliorano notevolmente. Un dimagramento un poco insolito, in un soggetto nervoso, deve far pensare al m. di B.: è interessante l'esame con la misura del metabolismo basale per distinguere nelle ragazze le anoressie mentali, frequenti, dalle forme di B. frusto.

Nei tubercolosi molti sintomi si prestano a confusione; dimagramento, sguardo vivace, tachicardia. L'ascoltazione, la radiografia, l'esame degli sputi, permettono di scartare la tubercolosi, ma vi può essere associazione dei due stati morbosi: il metabolismo basale permette la distinzione. Numerosi A. hanno trovato nei tubercolosi un metabolismo spesso aumentato: per Cordier questa elevazione degli scambi sarebbe da attribuire ad una ipertiroidia e vi sarebbe un rapporto fra crisi evolutive tubercolari e ipertiroidia. L'A. ha voluto controllare questi dati ed ha riscontrato che nella maggior parte dei casi, qualsiansi le lesioni, il metabolismo è assolutamente normale, dato però che non vi sia febbre. Nei rari casi nei quali vi era un aumento del metabolismo basale questo aumento non sorpassava il 15-20%. Mai sono state trovate le cifre di oltre 70-80-90 per cento segnalate da taluni autori, e bisogna ammettere che, il lieve aumento deve attribuirsi, più che altro, alla sovralimentazione. Secondo altri AA. l'ipertiroidia favorirebbe la tubercolosi: la associazione è frequente, ma non per questo la tubercolosi prende un andamento attivo particolare. Pertanto bisogna ritenere inesatti i riavvicinamenti fra ipertiroidia e tubercolosi, e che l'esame del metabolismo basale conserva tutto il suo valore.

La tachicardia: non manca quasi mai e può mostrarsi in grado elevato nelle forme fruste. La sua assenza pertanto non deve far scartare subito la diagnosi di m. di B. Nei casi in cura radioterapica, può scomparire mentre persistono gli altri sintomi. Ma sovente si tratta di tachicardici emotivi che sorgendo in neuropatici fanno sospettare una m. di B. Spesso in questi malati, allorchè si mettono in riposo ed a digiuno per la misura del metabolismo basale, il polso si mostra normale e spesso rallentato.

Si ha facilmente la tendenza ad attribuire all'ipertiroidia le tachicardie permanenti per le quali non si trova altra spiegazione, le accelerazioni del polso in rapporto con il cuore irritabile, le nevrosi cardiache con tachicardia, le crisi di palpitazione, ed anche la tachicardia parossistica. In queste tachicardie, di natura puramente neuropatica, l'esame del metabolismo basale mostra cifre normali e la cura con iodio, utile a far diminuire le tachicardie nelle forme lievi di Basedow, resta senza effetto.

Il tremore: è considerato uno dei segni cardinali del morbo di Basedow. È un tremore vibratorio, sia nel riposo che nei movimenti, ed accentuantesi con l'emozione. Non differisce molto dal tremore dei neuropatici, e, se è isolato, non basta a giustificare la diagnosi di m. di B. frusto.

Disturbi nervosi: nei casi che abbiamo esaminato ed ove è possibile trovare sintomi che si possono riferire all'ipertiroidia, esistono

sempre dei disturbi nervosi più o meno accentuati. Questi fanno parte del quadro clinico della m. di B., tanto che in presenza di un soggetto nervosissimo, ansioso, si pone spesso la questione di sapere se non si tratti di m. di B. frusto. Bisogna anzitutto ricercare se gli altri sintomi della malattia esistono allo stato più o meno dissimulato e poi ricorrere al metabolismo basale. Contrariamente a quello che si dice, lo stato nervoso, l'emotività non modificano il metabolismo basale, e questo esame è infatti il più spesso praticato per decifrare gli stati nervosi dagli stati basedowiani. Bisogna però che i malati non vadano soggetti ad una superventilazione che da sola modificherebbe i risultati. E così vediamo negli stati ansiosi, negli stati neuropatici mal caratterizzati, senza trovarvi sintomi altri basedowiani, un metabolismo è normale. Ma spesso si trovano neuropatici con sintomi di ipertiroidia: gozzo, dimagramento, tachicardia: in questi casi è indispensabile il metabolismo basale.

L'associazione di altri disturbi endocrini: spesso è stata invocata nel m. di B. la partecipazione di altre ghiandole (surrenale, timo, ipofisi, ovario). Si possono infatti mescolare ai sintomi tiroidei, sintomi di altre ghiandole sanguigne, dando luogo a sindromi poliglandulari assai complesse, nelle quali l'elemento tiroideo è più o meno dissimulato. Così è stato citato il mixedema in associazione col m. di B.; se si ammette che la m. di B. ha come base una ipertiroidia, il fatto è inverosimile « a priori ». Così l'A. non ha mai osservato casi di « instabilità tiroidea », forme nelle quali si vedrebbe alternarsi l'iper e l'ipotiroidia; la sua esistenza sembra dubbia, ed infatti vi sono sintomi che si possono osservare sia nell'iper che nell'ipotiroidia, segni che taluno ha descritto in sindrome opposta, ammettendo un miscuglio endocrino. Così, sebbene lo sviluppo del sistema pilifero caratterizzi piuttosto gli ipertiroidei, si può vedere in essi talora uno scarso sviluppo pilifero. L'infiltrazione sottocutanea caratterizza gli ipotiroidei, ma spesso si vedono nei basedowiani, edemi, specialmente edemi localizzati. Nei casi di ipertiroidismo, ove alcuni sintomi potrebbero essere attribuiti a ipotiroidismo, rende grandi servigi il metabolismo basale.

Concludendo: le malattie di B. fruste sono frequenti e possono essere confuse con diverse affezioni, quali noi abbiamo enumerato, e in particolar modo con gli stati neuropatici che sono ancor più frequenti. In taluni casi la distinzione è difficile, ma nella grande maggioranza dei soggetti, l'esame del malato, l'analisi dei diversi sintomi, permettono una forte presunzione, ma la diagnosi sicura viene dal metabolismo basale, che si deve sempre praticare nei casi dubbi.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

L. VILLA. *Ricambio idrico. Fisiopatologia e clinica.* D. Francesco Vallardi, Milano, 1932. L. 65.

Il problema del ricambio idrico si presenta particolarmente complesso ed in molti punti ancora oscuro. Le nuove indagini, i nuovi orientamenti clinici hanno portato ad un più vasto campo di osservazioni, a nuove interpretazioni, a nuovi suggerimenti diagnostici e terapeutici. Soltanto chi si fosse dedicato allo studio lungo e profondo dell'argomento poteva essere in grado di darne un'ampia e completa trattazione.

Il Villa ha assolto assai bene questo compito tutt'altro che facile arricchendo la letteratura medica di un'opera che si presenta di alto interesse e di grande utilità per i medici tutti. Il volume del Villa raccoglie in circa 400 pagine quanto oggi si può apprendere sul problema del ricambio idrico. Tratta in una prima parte della fisiologia del ricambio idrico, in una seconda della patologia del ricambio idrico, ed infine della patologia speciale e clinica del ricambio idrico svolgendo ampiamente il diabete insipido, la oliguria abituale, la malattia degli edemi e da ultimo soffermandosi nello studio del r. i. nelle malattie delle ghiandole dei vari apparati ed organi (malattie delle ghiandole endocrine, emopatie, malattie del fegato del sistema circolatorio, malattie renali, malattie del sistema respiratorio, versamenti delle grandi sierose, ecc.). Colmando con vera e profonda conoscenza dell'argomento questo capitolo della patologia umana il Villa ha reso opera veramente utile alla coltura dei medici e degli studiosi dei problemi del ricambio idrico.

E. T.

J. SIGWALD. *L'hypoglycémie.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 45.

Trattazione esauriente dell'importante quistione che il trattamento insulinico ha messo in evidenza.

L'ipoglicemia può verificarsi nel corso del trattamento del diabete, ma può essere anche spontanea.

Su questa s'indugia particolarmente l'A., esponendone dettagliatamente la sintomatologia clinica ed umorale, l'etio-patogenesi, la terapia.

DR.

Neue deutsche Klinik. Vol. VII. Un vol. in-8° di pag. 790, con 134 fig. e 2 tav. col. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Prezzo RM. 30.

Inizia il VII volume di questo trattato di medicina pratica di cui ci siamo già occupati, un eccellente capitolo di F. Kaufmann sul ca-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tarro gastrico, sulla gastrite che ora, dopo un lungo periodo in cui tale diagnosi era considerata insufficiente ed imprecisa, ritorna al suo posto nella patologia. Seguono due capitoli sul cancro dello stomaco, di cui la parte chirurgica è trattata da H. v. Haberer e la parte medica da I. Boas, G. Katsch tratta le neurosi gastriche.

Troviamo poi la malaria (P. Mühlens), la psicosi maniaco-depressiva (W. Gruhle), il morbillo (R. Degkwitz), un lungo capitolo di 74 pagine sul massaggio e sulla ginnastica medica (Fr. Kirchberg), le malattie del retto e dell'ano (M. Marcus), l'afta epizootica (H. Hetsch), le malattie del mediastino (W. Beck), la meningite (E. Le Blanc).

R. Schröder tratta la mestruazione ed i suoi disturbi, G. Liebermeister la tubercolosi miliare, H. Hetsch il carbonchio, G. Klemperer e P. Radt le malattie della milza e l'ittero emolitico, P. Wolf il morfinismo e le intossicazioni analoghe, W. Keller gli orecchioni, Fr. Schultze il reumatismo muscolare, E. Pollak la mielite, H. Kurschmann le miopatie, A. Gigon e P. Merkelbach il mixedema.

Le intossicazioni alimentari sono studiate nella parte generale da L. Schwarz e nella parte di origine batterica da H. Schulten. Due capitoli sulla narcosi ed anestesia locale (M. Kappis) e sulle malattie del naso (G. Finder) chiudono l'interessante volume, in cui ognuno dei capitoli racchiude e sintetizza quanto di più essenziale vi è ora sui rispettivi argomenti.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

I° Congresso Internazionale sulla litiasi biliare.

Il Congresso Internazionale sulla litiasi biliare, tenutosi a Vichy dal 19 al 22 settembre, ha costituito una delle più importanti manifestazioni di collaborazione scientifica internazionale del dopo guerra.

Ben 35 nazioni vi erano infatti rappresentate, e di 1500 medici che erano iscritti, ben 1200 erano presenti.

Del Comitato Italiano, presieduto dal sen. prof. G. SANARELLI, erano presenti i proff. GAMNA, SABATINI, RONDONI, ANTONELLI, VALLARDI, CASONI, G. DOMINICI, ALLODI, MARCIALIS, STRUMBALO, LANNI. Rappresentante per la stampa medica italiana: il dott. A. POZZI.

La seduta inaugurale ebbe luogo nella bellissima sala del Teatro del Gran Casino, sotto la presidenza di J. CORDAT, Ministro della Sanità Pubblica.

A lato del Ministro, si notavano il prof. CARNOT, membro dell'Accademia di Medicina e presidente del Congresso, il dott. DURAND-FARDEL, per i medici di Vichy, i proff. LOEPER, DUVAL, VILLARET, il dott. BELOT ed i segretari generali dottori AIMARD e GLENARD.

Erano presenti inoltre la maggior parte dei presidenti d'onore: VON BERGMANN (Berlino), CHAS GORDON HEYD (New York), HIJMANS VAN DEN BERG (Utrecht), MARAÑON (Madrid), SANARELLI (Roma), ACHARD e HARTMANN, membri dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Il prof. CARNOT prende per primo la parola, e saluta il Ministro, ricordando la di lui sapiente opera di organizzazione dei servizi sanitari durante la guerra. Dà quindi il benvenuto ai Delegati stranieri e mette in rilievo l'importanza del Congresso.

Il prof. HARTMANN, a nome dei Presidenti d'onore, si felicita con il Comitato ordinatore della perfetta organizzazione e plaude all'idea avuta di consacrare un Congresso alla litiasi biliare per mettere a giorno tale importante questione.

Successivamente prendono la parola i delegati stranieri: VON BERGMANN (Berlino), WILKIE (Inghilterra), LUGER (Austria), WEIL (Belgio), MOLLOF (Bulgaria), ARAUYO (Brasile), LEPAGE (Canadà), il Delegato della Colombia, NOGUERAS (Cuba), ABBAS (Egitto), MARAÑON (Spagna), GORDON HEYD (Stati Uniti), BENSIS (Grecia), VAN DEN BERGH (Olanda), il Delegato dell'Ungheria, SANARELLI (Italia), MATSUO (Giappone), PARTURIER (Nicaragua), KARWACKI (Polonia), NARCISSO (Portogallo), DANIELOPOLU (Romania), RYSTETD (Svezia), MIEVILLE (Svizzera), PELNAR (Ceco-Slovacchia), AKIL MOUKHTAR (Turchia), RISQUEZ (Venezuela), MICHAÏLOVITCH (Jugoslavia).

Dopo l'impressionante sfilata dei Delegati stranieri, S. E. il Ministro GORDAT, ringraziò, a nome del Governo, per le gentili espressioni rivolte alla Francia da ognuno dei Delegati, con parole che sollevarono gli applausi più fragorosi e dichiarò senz'altro aperto il Congresso.

Le tre questioni poste all'ordine del giorno erano:

1° *Le sequele della colecistectomia.*

2° *Il trattamento medico e idrominerale della colecisti nella litiasi biliare.*

3° *Il fegato litiasico.*

1ª RELAZIONE.

Le sequele della colecistectomia.

Patogenesi delle sequele della colecistectomia. (J. V. DONNET, New York). — Se le prime osservazioni sperimentali delle sequele della colecistectomia risalgono al 1650 con i lavori di Zambeccari, lo studio sistematico propriamente detto della fisiopatogenesi della colecistectomia può dirsi che abbia avuto veramente inizio solo dopo i lavori di Oddi, pubblicati nel 1888. Dopo tale epoca infatti numerosissime sono state le osservazioni che si sono venute accumulando; possono venire così riassunte: L'asportazione della vescichetta biliare, giudicata dal punto di vista puramente sperimentale, determina in periodo di tempo vario turbe fisiopatologiche interessanti a conoscersi. Dopo un periodo latente di trenta giorni circa, i canali extraepatici, cedendo ad una ipertensione biliare, si dilatano. Gli intraepatici subiscono le stesse trasformazioni, ma in epoca più lontana. L'ectasia del cistico è tale che a volte viene presa per una vescichetta biliare di neoformazione; gli studi istologici però escludono la possibilità di rigenerazione vescicolare. All'ectasia delle vie biliari residuanti corrisponde una distruzione pro-

gressiva dell'epitelio con trasformazione delle pareti e degenerazione del tessuto elastico. Le vie biliari s'infettano; la putrefazione intestinale aumenta; la virulenza della flora intestinale si esalta. Il meccanismo dell'escrezione biliare è fortemente alterato; le funzioni digestive modificate, sopratutto per quanto concerne l'assimilazione dei grassi. L'arresto del funzionamento fisiologico della vescichetta biliare determina turbe simili alle sequele della colecistectomia.

Il concetto quindi che l'ablazione della vescichetta biliare non importa perturbamenti importanti è da ritenersi infondato e pertanto l'asportazione della colecisti è giustificata solamente quando la funzione vescicolare è profondamente alterata.

I risultati lontani della colecistectomia. Studio clinico. (D. WILKIE, Edimburgo). — Cinquant'anni sono ormai trascorsi da quando Langenbuch introdusse nella pratica chirurgica la colecistectomia, sicchè è possibile passare in rassegna i risultati e le sequele di questo intervento.

Risulta che esso si dimostra indicato quando si osservano i seguenti quattro sintomi principali:

1° ostruzione colecistica acuta;
2° colica vescicolare cronica;
3° sintomi riflessi di dispepsia;
4° affezioni tossiche lontane.

Parecchi di questi sintomi possono coesistere nello stesso malato. Dato che lo stato morboso della colecisti è ordinariamente un'infezione interstiziale, probabilmente sanguigna, l'ablazione di essa rappresenta il procedimento razionale quando questo stato morboso esiste. I risultati dell'ablazione della vescichetta biliare nei casi di ostruzione colecistica acuta durante il periodo di calma che segue l'accesso, sono uniformemente buoni. Anche quando però la colica vescicolare è il sintoma principale, bisogna non dimenticare mai la possibile presenza di lesioni associate (calcolo condotto biliare, ulcera duodenale, appendicite).

Nei casi in cui i sintomi dispeptici, senza colica vescicolare, indicano la necessità dell'intervento, i risultati sono generalmente soddisfacenti, per quanto la dispepsia acida e l'intolleranza per gli alimenti grassi permangono in una certa proporzione di casi.

La miocardite tossica scompare in modo definitivo dopo la ablazione della vescichetta biliare, mentre i sintomi cardiaci associati con una degenerazione grassa del cuore non si attenuano, a meno che non venga imposto un regime assai rigoroso dopo l'operazione.

Al contrario le crisi epatiche accompagnate da cefalea e da vomito non migliorano dopo la colecistectomia, e l'intolleranza per gli alimenti grassi persiste molto spesso.

Sequele della colecistectomia. Indicazioni chirurgiche. (A. GOSSET e D. PETIT-DUTAILLIS, Paris). — Se si tiene conto dei minimi sintomi accusati dai malati, si può dire che il 40 % degli operati si lamentano di sequele, consistenti per lo più in turbe digestive e turbe dolorose nella regione operata, ma per nulla simiglianti, sia come durata che come intensità, alle crisi di colica epatica.

Le sequele serie della colecistectomia si osservano invece in proporzione molto più limitata (5-10 %) e tre categorie sono sopratutto quelle che possono far porre l'indicazione di un nuovo intervento: le crisi di coliche epatiche con ittero, le fistole biliari postoperatorie, le periduodeniti e le pericoliti stenosanti.

Le crisi di coliche epatiche possono accompagnarsi ad ittero cronico da ostruzione, ma eccezionalmente questi itteri cronici postoperatori sono dovuti ad un calcolo della via principale. Più spesso infatti sono espressione di una poussée di pancreatite, o di forti aderenze determinanti una compressione estrinseca del condotto, o della coledocite stenosante.

A volte può anche mancare qualsiasi ostruzione delle vie biliari di escrezione (ittero da epatite).

Nella maggioranza dei casi il trattamento di elezione, che dà eccellenti risultati, è il drenaggio del coledoco.

Le fistole biliari postoperatorie, dovute ad una ferita accidentale del coledoco nel corso della colecistectomia, sono una complicazione grave, difficile a curarsi. I risultati lontani sono inoltre sempre aleatori.

Le periduodeniti e le pericoliti stenosanti sono giustiziabili sia con la liberazione dalle aderenze, sia con la derivazione gastrica o intestinale: gastro-enterostomia, colo-colostomia o ileo-trasversostomia, ed i risultati sono nell'insieme generalmente buoni.

Infine dall'osservazione di 101 malati, scelti e rivisti dagli OO., si può rilevare che i risultati sono soddisfacenti in tutte le varietà di colecistiti calcolose e nelle vescichette a fragola con o senza calcoli: nelle colecistiti croniche non calcolose, se si trovano lesioni infiammatorie pronunciate dell'organo allora i risultati sono buoni, ma se la vescichetta, malgrado i segni clinici, presenta scarse lesioni apparenti, si può avere qualche miglioramento, ma non la guarigione.

Terapia medica e idrologica. (G. DURAND, Montpellier). — Le sequele che sono direttamente imputabili alla soppressione della colecisti (turbe funzionali dovute alla soppressione del flusso biliare prandiale) o all'atto operatorio della colecistectomia (complicazioni infettive o aderenze) non formano che una piccola parte della grande massa di accidenti secondari di cui possono soffrire i colecistectomizzati. Secondo il R. la colecistectomia può solamente evitare l'eventualità di complicazioni vescicolari locali della litiasi, ma l'operato conserva lo stesso fondo discrasico umorale e sopratutto una fragilità epatica, un'infezione ghiandolare latente ed una irritabilità del sistema nervoso vegetativo. Da ciò le indicazioni terapeutiche che possono opporsi alla persistenza di questi fenomeni morbosi (dietetica, chemioterapia, fisioterapia, crenoterapia), ma per il trattamento non si deve attendere quando sono comparse le manifestazioni postoperatorie, esso s'impone subito dopo l'intervento e costituisce allora il vero trattamento preventivo delle sequele della colecistectomia.

La radiodiagnostica delle sequele della colecistectomia. (H. BECLERC, Paris). — L'esame radiologico può essere di grande aiuto alla clinica per la valutazione dello stato degli organi incriminati o delle complicazioni intraviste. Nei casi di fistola infatti la configurazione dei percorsi, permetterà in certi casi, la scoperta dei calcoli lasciati nella parte bassa del coledoco e, pure con la radiografia, sarà possibile mettere in evidenza un drenaggio rimasto nel coledoco.

Ma è alla radiologia sopratutto che spetta di pre-

cisare la situazione e l'importanza delle aderenze epato-duodeno-coliche consecutive alla colecistectomia. Il R. infatti espone uno studio dettagliato sulla configurazione normale del duodeno che permette di giudicare del valore semeiologico delle modificazioni apportate con l'intervento sia nella forma che nel funzionamento del bulbo e delle successive porzioni.

Il disturbo al « genu superius » è assai frequente e secondariamente può esservi plicatura del bulbo. Assai frequentemente il bulbo si presenta deformato sotto l'aspetto detto « a reticella »; ad un grado più avanzato ancora si può notare stenosi del « genu superius » che potrà costituire allora indicazione di un intervento complementare, sia delle sezioni delle redini, sia ancora una gastro-enterostomia.

Sono in genere queste lesioni quelle che costituiscono i « domani dolorosi » della colecistectomia; tuttavia il R. insiste che l'esame di un gran numero di malati dimostra spesso la non corrispondenza fra i segni funzionali e le deformazioni radiologiche osservate.

* * *

Aperta la discussione sul 1° tema di Relazione prendono la parola PAVEL (Bucarest); FEISSLY (Losanna), per il quale il deficit nell'assimilazione dei grassi è minore dopo la colecistectomia nell'uomo, che nella colecistectomia sperimentale; KREMER (Varsavia); VON BERGMANN (Berlino), che si dichiara felice di veder diminuire l'importanza patogenetica delle aderenze nelle sequele della colecistectomia, di fronte alle lesioni infiammatorie delle vie biliari e sopratutto della pancreatite.

Per PRIBRAM (Berlino) le due cause principali delle sequele della colecistectomia sono da un lato le turbe nelle funzioni dello sfintere dell'Oddi e d'altro lo stato infiammatorio del fegato; I. VILLARD (Lione) ritiene esagerata l'importanza data alle sequele della colecistectomia mentre insiste sulle indicazioni precise e sull'esattezza della tecnica. Parlarono quindi i proff. CUKOR (Budapest), DE MARTEL (Parigi), BERARD e MALLET-GUY (Lione), DIEGO DE MOXO QUERI (Barcellona), LAMBERT (Lilla).

2ª RELAZIONE.

Il trattamento medico e idrominerale della colecisti nella litiasi biliare.

Indicazioni del drenaggio medico nel trattamento della litiasi biliare. (CHIRAY, Paris e PAVEL, Bucarest). — Primitivamente concepito per il trattamento esclusivo della calcolosi del coledoco, a poco a poco il drenaggio medico ha avuto indicazioni sempre più vaste. Se infatti esso non può portare la guarigione della litiasi vescicolare, tuttavia è fuori dubbio che nella pratica, con il drenaggio medico, si osserva spesso un miglioramento notevole delle turbe dispeptiche di origine biliare e dello stato generale dei malati.

Nella litiasi del coledoco, il drenaggio medico deve, per riuscire, essere, secondo il metodo di Allard, violento ed anche brutale. Ha al suo attivo numerosi casi di disostruzione del canale con eliminazione dei calcoli per le vie naturali, ma ciò nonostante esso rimane poco usato per lo choch che può portare la provocazione artificiale di una colica.

Il drenaggio medico è particolarmente indicato nei casi di colecistite litiasica banale, se l'intervento sembra dover essere temibile; se però vi è anche infezione della vescichetta, è difficile fare assegnamento sui risultati del sondaggio, mal sopportato da malati indeboliti, nonostante alcune volte possa dare utili miglioramenti passeggeri. Il drenaggio medico invece conserva le sue indicazioni essenziali nel trattamento preoperatorio della litiasi coledocica, dove può influire sulle poussées febbrili e sull'ittero sopraggiunti e nelle sequele della colecistectomia dove può far scomparire le crisi dolorose e le turbe dispeptiche residuali.

Medicazione coleretica. (E. CHABROL, Paris). — Dopo aver dato una definizione della coleresi, il R. precisa l'indicazione dei coleretici, che è quella di migliorare il drenaggio del fegato, modificato frequentemente dalle concrezioni calcolose e dall'infezione, nel corso della litiasi vescicolare e ne consiglia l'uso sopratutto nel trattamento della colemia latente dei litiasici.

Sulla base di interessantissimi lavori eseguiti, il R. è in grado di precisare il valore di ciascuno dei coleretici usati nella pratica medica: sostanze chimiche, acque minerali.

In clinica pertanto occorre distinguere:

I coleretici d'urgenza, per via endovenosa, utili nelle litiasi infette, all'indomani dell'intervento chirurgico;

I coleretici leggeri ed intermittenti, somministrati per via boccale alla maggioranza dei litiasici nell'intervallo delle crisi. Fra questi speciale mensione meritano le acque di Vichy (Grande Grille, Hopital, Chomel) di cui il R. ha potuto riconoscerne sperimentalmente l'efficacia in uno studio d'insieme sui fattori idrici della coleresi.

La disinfezione della colecisti con l'antisepsi medica. (P. ABRAMI, Paris). — Tenendo presente che per ottenere una antisepsi biliare ideale con la terapia medica occorre distruggere un'infezione che oltre ad interessare la bile, si nasconde nei calcoli, attacca le pareti della colecisti, si estende nell'insieme del parenchima extraepatico, e che oltre a ciò la sorgente di tale infezione è d'origine sanguigna, con punto di partenza intestinale, si comprende facilmente come non sia facile in pratica assolvere completamente tale compito.

Sperimentalmente è stato veduto che la sterilizzazione biliare non può essere realizzata nè dalla vaccinoterapia e sieroterapia, nè dal batteriofago, nè dai mezzi d'antisepsi clinica, utilizzando le sostanze più diverse. I soli risultati interessanti sono invece dovuti all'antisepsi ionica, che facendo deviare il pH della bile verso l'alcalinità, rende il terreno improprio alla cultura di alcuni germi.

Tali considerazioni teoriche non debbono tuttavia allontanare il pratico dai mezzi medici di disinfezione biliare, ormai comprovati e che realizzano se non la sterilizzazione completa, almeno uno stato di saprofitismo tollerabile. Quindi in definitiva i procedimenti dell'antisepsi medica avranno grande interesse ad essere associati ai trattamenti, più efficaci, del drenaggio delle vie biliari con il sondaggio e con la colereterapia.

La terapia protettrice del fegato nella litiasi biliare. (F. UMBER, Berlino). — Un problema importante nel trattamento della litiasi biliare è la protezione del parenchima epatico contro le alterazioni pericolose, provocate dalla stasi biliare, combinata all'infezione. Segno di allarme di tale epatosi, è l'ittero pronunciato, sempre d'origine

epato-cellulare. Il R. in base ad alcuni suoi lavori sull'atrofia gialla acuta del fegato ha potuto vedere che l'impoverimento del fegato in glicogeno è la condizione primitiva per l'impianto di questa affezione e pertanto si è fatto promotore di una terapia rappresentata da alimentazione ricca in glucosio e levulosio associata ad insulina, che favorisce la glicopessia epatica.

Nella litiasi biliare quindi il R. crede che sia indicato utilizzare la parenchymschutztherapie sia isolata, sia come trattamento pre- o postoperatorio.

L'azione delle acque minerali sul contenuto vescicolare (PIERY et MILHAUD, Lione). — Tanto i dati sperimentali che quelli clinici non permettono ancora allo stato attuale di conoscere esattamente l'azione delle acque minerali sul contenuto della vescichetta biliare. Tuttavia sembra che le acque bicarbonato-sodiche e quelle bicarbonate cloruro-magnesiache hanno un'azione coleretica: quest'azione vescicolare, assai netta nell'uomo, delle acque di Vichy, Chomel e Hopital, non si osserva invece con la Grande-Grille, che possiede, al contrario un effetto inibitore.

Le acque clorurate-sodico hanno invece azione colagoga, altre determinano un cambiamento del potere di concentrazione della vescichetta: acque bicarbonato-calciche, cloruro-sodiche, cloruro-solfosodiche, cloruro-bicarbonate, solfato-calciche e magnesiache.

Sembra infine che alcune acque minerali, pur avendo un'azione complessa, posseggano poi una proprietà predominante: azione sul contenuto della vescichetta biliare delle acque bicarbonate sodiche; azione colecistocinetica predominante di quelle solfato-magnesiache.

La fisioterapia sedativa delle affezioni vescicolari. (DELHERM et DAUSSET, Paris). — Gli agenti fisici rappresentano uno dei migliori sedativi per il trattamento delle affezioni epato-vescicolari, e di essi la diatermia è certamente la più importante. Nella crisi acuta di colica epatica, la diatermia infatti può coadiuvare o anche supplire l'azione della morfina, ma è sopratutto nelle colecistiti subacute e croniche che essa rappresenta l'indicazione di scelta, sempre però somministrata a dosi deboli. Nei casi dolorosi ribelli, si deve ricorrere alla radioterapia; d'altra parte i RR. non esitano a riconoscere azione utile ai cataplasmi e alle doccie epatiche.

Circa il modo di azione, esso è complesso: modificazione della circolazione intra-epatica, modificazione dell'equilibrio elettro-ionico delle cellule, reflessoterapia nella zona metamerica, ecc.

* * *

Alla discussione del 2° tema di Relazione presero parte LE NOIR (Parigi), MANNI (Trieste), SARLES (Marsiglia), FRIEDRICH (Budapest) che si dichiararono tutti partigiani del sondaggio duodenale.

HIJMANS VAN DER BERG (Olanda) preferisce al drenaggio medico con il sondaggio, il trattamento idrominerale; JACQUET (Parigi) espone i risultati della sua esperienza sull'azione dell'urotropina endovenosa, mentre KREMER (Varsavia) riabilita, in base ad una estesa pratica, l'efficacia della vaccinoterapia nella colecistite calcolosa. MARAÑON (Madrid) insiste sulla importanza della protezione del fegato nel trattamento delle colecistiti, assegnando grande valore alla dietetica, ricca in idrocarbonati, e all'insulina; RONDONI (Milano) espone i lavori del Laboratorio di Idrologia di Montecatini sulla questione del trattamento idrominerale delle epatiti e delle infezioni delle vie biliari. Infine ZIMMERN (Parigi) e AIMARD (Vichy), specie quest'ultimo per essere stato uno dei primi ad usare la diatermia nel trattamento delle affezioni epatiche e delle vie biliari, insistono sui buoni risultati di tale metodo, specie se fatto in decubito addominale, che mette la vescichetta in rapporto diretto con l'elettrode.

3ª RELAZIONE.

Il fegato litiasico.

L'importanza del fegato nella patogenesi della litiasi. (N. FIESSINGER, Parigi). — La realtà dell'importanza del fegato nella patogenesi della litiasi biliare è data da due argomenti fondamentali: la litiasi epatica e la litiasi che può seguire le colecistectomie. I calcoli epatici si distinguono dai calcoli vescicolari per un minor contenuto di colesterol, e da uno studio di insieme sulla formazione dei calcoli, risulta evidente il posto primordiale del fegato nella patogenesi della litiasi.

Consiste sopratutto nella elaborazione di un mezzo organico e pigmentario dapprima, poi nella secrezione di una bile instabile, sia in ragione di una forte carica pigmentaria, sia in ragione di una ipocolalogenia determinante la cristallizzazione della colesterina. La vescichetta non interviene che secondariamente come fattore di ristagno, e l'infezione dei calcoli misti, favorisce alla loro superficie la precipitazione dei sali di calcio.

L'ittero nella litiasi del coledoco. (M. BRULÉ, Paris). — Il R. sostiene che nella litiasi del coledoco l'ittero, nella maggioranza dei casi, è meccanico e non dovuto a epatite. Le lesioni istologiche del fegato osservate sperimentalmente e clinicamente nelle ostruzioni coledociche sono del tutto differenti da quelle constatate nelle epatiti itterigene. Il R. passa quindi in rassegna i differenti aspetti clinici della litiasi coledocica, il polimorfismo degli itteri in questa affezione, la necessità di seguire attentamente le variazioni di volume del fegato, rappresentando l'epatomegalia un fattore importante nella diagnostica differenziale fra gli itteri da ostruzione coledocica (dove si riscontra sempre) e gli itteri da epatite.

Il sondaggio duodenale con instillazione di solfato di magnesio è un'eccellente terapia, permettendo sia di estrarre i calcoli dopo aver fatto scomparire l'ittero, sia di ottenere alcune volte l'espulsione dei calcoli.

Le lesioni del fegato negli itteri litiasici. (P. HARVIER e J. CAROLI (Paris). — Secondo i RR. l'aumento osservato della bilirubina nelle colecistiti deve attribuirsi alle lesioni satelliti del fegato. D'altra parte, nel corso della litiasi, si può, benchè eccezionalmente, essere in presenza di ritenzione biliare intensa, al di fuori di ogni ostacolo nelle vie secretorie, rivelante lesioni centrolobulari di atrofia subacuta del fegato.

Anche gli itteri più leggeri e fugaci, determinatisi ugualmente al di fuori di lesioni importanti del coledoco, sembrano legati ad alterazioni epatolitiche parcellari. La gravità della lesione epatica fa sì che essa deve essere riconosciuta e combattuta prima di intervenire.

L'esplorazione funzionale del fegato nell'ittero litiasico. (J. DIERYCK, Louwain). — Nonostante gli sforzi fatti, fino ad ora non si è riusciti a poter precisare per le diverse affezioni epatiche (ittero, cirrosi, litiasi, ecc.) tipi determinati di insufficienza funzionale. Nella litiasi inoltre l'esplorazione funzionale del fegato pone un altro problema: l'origine dell'ittero, non essendo esso sempre dovuto a causa meccanica. Fra le varie prove di esplorazione funzionale, il R. ritiene pertanto di dare la preferenza alla galattosuria provocata, permettendo essa di rivelare l'epatite senza ittero o l'epatite creante un ittero nel corso di una litiasi biliare o complicante un ittero litiasico da ritenzione.

I metodi radiologici di esplorazione del fegato nella litiasi e l'ittero litiasico. (R. GILBERT, Genève). — Il R. dopo aver passato in rassegna tutti i recenti progressi compiuti nell'esplorazione del fegato e delle vie biliari, mostra come i perfezionamenti del metodo di Graham permettono di ottenere le immagini più fedeli e rendono conto delle sue anomalie funzionali. Lo studio stesso di questa escrezione vescicolare fa sperare la realizzazione di radiografie coledociche, che permetteranno uno studio radiologico degli itteri da ritenzione, fino ad oggi ancora embrionario.

Deduzioni chirurgiche nell'ittero litiasico. (J. GATELLIER, Paris). — Nonostante i meravigliosi progressi compiuti dalla chirurgia dopo l'operazione iniziale di Langebuch, realizzati principalmente dal drenaggio epatico complementare di Kehr, la chirurgia biliare presenta ancora qualche sconfitta sopratutto per l'eventualità frequente dell'insufficienza epatica post-operatoria. Il valore funzionale della cellula epatica è il fattore primordiale dell'instabilità del fegato operato.

Le lesioni parenchimatose debbono essere sempre ricercate prima dell'intervento, sia con la clinica che con il laboratorio (galattosuria provocata) e prima di operare, non sarà mai male tentare l'uso sistematico del sondaggio duodenale, i disinfettanti della bile, l'insulina, le iniezioni di estratti epatici, perchè l'atto chirurgico, negli itteri cronici in corso di litiasi biliare, è sempre un atto grave e non deve decidersi alla leggera.

* * *

Iniziatasi la discussione sul 3° tema di Relazione, UMBER (Berlino) insiste sulla rarità dei calcoli colesterinici puri, detti da Aschoff metabolici, e fa osservare a FIESSINGER che forse troppa importanza è data alla ipercolesterinemia nella clinica della litiasi biliare. Ogni ittero pronunciato, secondo l'O., è in parte di origine epato-cellulare, anche nel corso di ostruzioni meccaniche. La mancanza di lesione istologica canalicolare non significa che l'infezione non possa provenire dai canali biliari, come è dimostrato sperimentalmente.

GLAESNER (Vienna) ricorda le sue esperienze della scomparsa dei calcoli umani introdotti nella vescichetta del cane, dissoluzione dovuta alla più grande quantità dei sali taurocolici nella bile del cane e pone la questione della cristallizzazione simultanea per via fisico-chimica dei calcoli faccettati.

GAMNA (Siena) critica il valore eccessivo dato alle biopsie epatiche per la sede corticale del prelevamento e preferisce, malgrado i loro difetti, i dati delle prove funzionali; WEILL (Bruxelles) espone la sua teoria formativa dei calcoli biliari e spiega la loro rassomiglianza con l'origine comune.

Prendono quindi la parola MOGENA (Madrid); POPESCU (Bucarest); GRIGAUT (Paris); KREMER (Varsavia); PESCHER (Paris); DE LANGEN (Batavia) che afferma essere la litiasi biliare assai rara nelle Indie Irlandesi; infine AUBERT (Marsiglia) che sviluppa il punto di vista chirurgico sulla necessità di intervenire sempre tempestivamente.

* * *

I lavori del Congresso hanno occupato interamente le giornate ad esso destinate, poichè nelle sedute antimeridiane sono state svolte le Relazioni, in quelle pomeridiane tutte le comunicazioni presentate (circa 100) fra le quali quelle degli Italiani (CASONI, MARCIALIS).

Nel complesso quindi il I Congresso Internazionale sulla litiasi biliare può dirsi riuscito appieno ed il presidente prof. CARNOT, validamente coadiuvato dai Segretari generali, dottori AIMARD e GLENARD, ha il merito di aver realizzato, con l'organizzazione di queste giornate mediche internazionali, un vero trionfo. Una parola di lode va fatta all'Ufficio Stampa, che ha funzionato nel modo più perfetto.

Anche la parte extrascientifica del Congresso è stata superiore ad ogni aspettativa, per la squisita signorilità della « Compagnie Fermière » di Vichy, (rappresentata al Congresso dai sigg. BAUGNIES, FEUILLAUDE e NORMAND), che nulla ha tralasciato perchè i congressisti ricevessero la migliore accoglienza in questa grande stazione termale moderna.

Così la sera del 20 sett. fu offerto a tutti gli intervenuti un banchetto di 1200 coperti nel Salone del Gran Casino e pure uno splendido banchetto di chiusura fu dato ai congressisti la sera del 22.

Fra i discorsi di circostanza pronunciati alla fine di esso, fu applauditissimo quello del prof. SANARELLI che, dopo aver salutato i pionieri e i Maestri della scienza idrologica, ha auspicato una più stretta cooperazione scientifica internazionale, ponendo in luce il compito spettante ai cultori della medicina nell'opera di propaganda per le maggiori e più cordiali intese fra tutti i popoli civili.

Un finissimo dejeuner il prof. CARNOT volle offrire poi il 21 mattina a tutti i delegati e professori stranieri, mentre alla sera vi fu rappresentazione di gala al Teatro del Gran Casino.

Mediante speciali autocarri, infine, tutti i congressisti furono poi condotti a visitare i nuovi Stabilimenti di imbottigliamento e di spedizione delle acque di Vichy-Etat, e lì fu potuto ammirare il meccanismo perfetto che permette di ottenere tutte le garanzie di asepsi desiderabile. Il grande Stabilimento Termale con i suoi numerosi servizi risponde alle esigenze più moderne della scienza medica: tuttavia è in costruzione un nuovo padiglione che sarà inaugurato nel prossimo anno.

Fu inoltre visitato il Laboratorio di Ricerche idrologiche, funzionante sotto il controllo dell'Istituto Idrologico del Collegio di Francia e diretto dal prof. Lescoeur; riveste particolare importanza dal punto di vista della sorveglianza scientifica degli effetti della cura di Vichy.

A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Battiti epigastrici e dispepsia pulsativa.

L'eretismo pulsatile dell'aorta addominale si manifesta alla palpazione con una sensazione di battiti profondi al cavo epigastrico, determina diversi sintomi funzionali ed è assai frequente nei dispeptici.

Col sintomo, che è facile a mettersi in rilievo, coesiste talora una iperestesia alla pressione del cavo epigastrico quando i battiti sono forti. È eccezionale che la pressione profonda e prolungata diventi penosa dopo pochi istanti.

I sintomi digestivi ed extradigestivi che accompagnano l'eretismo aortico hanno quasi sempre lo stesso carattere: sensazioni dolorose indipendenti dall'alimentazione, accompagnate talora da rigurgiti pituitosi, da salivazione aumentata, da rinvii aerofagici. Talora una specie di angoscia respiratoria, una sensazione vaga di soffocazione, delle palpitazioni, della tachicardia, accompagnano tale malessere. Le vertigini, lo stato nauseoso, un'ambliopia transitoria si ripetono 5-6 volte nella giornata; delle emicranie, una sindrome di colite nervosa, l'anoressia, una perdita di peso notevole, dei disturbi psichici, l'astenia fisica ed intellettuale, talora una vera psicastenia si osservano spesso. Tutte queste manifestazioni aumentano o si attenuano contemporaneamente all'eretismo aortico.

I battiti epigastrici si osservano nel morbo di Basedow, fanno parte della sindrome di aortite addominale; la sifilide recente può determinare una sindrome analoga. Nella maggior parte dei casi, però, essi sono dovuti a cause locali, di cui la più frequente è la ptosi degli organi addominali; sono pure una causa frequente le reazioni dolorose del colon a forma enteralgica.

I battiti epigastrici costituiscono, con i sintomi digestivi ed extradigestivi citati, una sindrome che P. Jacquet e P. Kreyts (*Paris méd.*, 2 aprile 1932) descrivono sotto il nome di dispepsia pulsatile, ad andamento familiare e talora ereditario. La prova del riposo in letto ha un certo valore diagnostico. I battiti epigastrici costituiscono una controindicazione ad interventi chirurgici, che non dovranno essere praticati che dopo una sensibile attenuazione dell'eretismo. *fil.*

Relazione tra malattie renali e gastriche.

Vengono messe in rilievo da J. Friedenwald e S. Morrison (*The Jour. A. M. A.*, 13 agosto 1932) le relazioni tra i disturbi dei reni e quelli dell'apparato gastro-intestinale.

Patogenicamente vanno considerati in parte i legami anatomici esistenti tra questi sistemi e la loro innervazione e circolazione, e in parte i fattori tossiemici.

Sintomi precoci a carico dell'apparato digerente nelle affezioni renali sono infatti frequenti, assumendo talora intensità notevole sì da mascherare anche quelli della malattia fondamentale, che tuttavia deve essere curata attentamente, onde ottenere effetti terapeutici utili.

I sintomi gastro-intestinali che si hanno nell'anemia sono di natura tossica, e il vomito e la diarrea che li rappresentano devono essere considerati come meccanismo eliminatorio di difesa.

D'altro canto, poi, una stenosi pilorica o intestinale alta può provocare manifestazioni renali, associate a stato tossico notevole. Nè è escluso che una tossiemia, con secondario interessamento del rene, possa seguire ad una stasi prolungata duodenale, iliaca o colica. È infine risaputo come il colon rappresenti uno dei focolai d'infezione di certe lesioni urinarie.

M. FABERI.

Le enterorragie nel corso della bacillosi intestinale.

Durante il decorso della tubercolosi intestinale possono verificarsi delle enterorragie, specie nelle forme acute. Tali enterorragie rappresentano un sintomo di gravità, ma il loro interesse semiologico, dato che si tratta di incidente per lo più tardivo, è piuttosto scarso.

In alcuni casi isolati, tuttavia, come hanno potuto osservare A. Cade e M. Mithaud (*Jour. Méd. Lyon*, n. 303, 20 agosto 1932), l'emissione di sangue può rappresentare l'unico segno probativo della localizzazione nell'intestino della tubercolosi evolvente in altro organo.

Si tratta allora di forme fruste, piuttosto benigne, analoghe alla tubercolosi fibrosa con scarse ulcerazioni, e la loro prognosi non è cattiva, data la possibilità di cicatrizzazione.

Alla stessa guisa di quanto avviene nelle emottisi e nelle ematurie iniziali, si dovrà pertanto volgere l'attenzione verso l'organo, cercando di assodare se, in realtà, l'emorragia sia l'esponente di un processo tubercolare che va sviluppandosi.

Non è finalmente escluso che anche delle melene sopravvenute in soggetti giovani, senza causa apparente, possano essere dovute ad una tubercolosi intestinale clinicamente primitiva, e fino allora silenziosa. M. FABERI.

Per la sintomatologia dell'appendicite.

F. Rudolsky (*Med. Klinik*, 8 luglio 1932) ordina al paziente di fare qualche colpo di tosse o di premere come per l'atto della defecazione. In queste condizioni, il dolore spontaneo si manifesta particolarmente acuto nella

regione ileo-cecale. La ricerca va fatta prima di procedere alla palpazione e riesce bene soprattutto se il malato è intelligente e sa localizzare bene le sue sensazioni.

Anche all'ispezione si può vedere che, nell'inspirazione profonda, la metà dell'addome destra si espande meno, analogamente come avviene per il torace nella pleurite. *fil.*

Ascaridiosi simulante malattie chirurgiche.

Ch. Bruce Morton e W. W. Archer (*Journ. Americ. Med. Assoc.*, 6 febbr. 1932) hanno osservato su 110 pazienti con ascaridiosi un certo numero (41) con sintomi addominali, in alcuni dei quali si poneva il problema dell'intervento chirurgico. In 5 si avevano sintomi di colecistite, in 24 di appendicite o di occlusione intestinale; otto pazienti vennero operati dei quali due del primo gruppo (in uno la cistifellea era normale, nell'altro un ascaride ne occludeva il lume). Nel gruppo di quelli con sintomi che mentivano quelli di appendicite con formazione di ascesso o di occlusione intestinale, ne vennero operai 6; in 1 non si trovò nessuna anormalità, in 5 si palpavano grosse masse di ascaridi nel lume intestinale; in uno di questi casi, la liberazione non potè aversi che mediante incisione dell'intestino.

In presenza di pazienti con sintomi non gravi di appendicite o di occlusione intestinale, si deve tener presente la possibilità che tali sintomi siano dati dalla presenza di ascaridi, specialmente in paesi dove tale infestazione è frequente. Gli AA. hanno potuto fare la diagnosi röntgenologica della presenza di tali masse e raccomandano, ad ogni modo, l'esame sistematico delle feci per la ricerca delle uova di ascaride. *fil.*

Un caso di polmonite lobare a sindrome appendicolare.

È noto come nel quadro generale della polmonite crupale infantile, specie se localizzata a destra, invece del dolore costale, si può avere un dolore ventrale con sede nel segmento superiore dell'addome o nella regione intorno al punto di Mac-Burney, tanto da essere indotti, qualche volta a fare diagnosi di peritonite o appendicite.

M. Carbone (*Nuova Medicina Italica*, 31 luglio 1932), riportando una osservazione personale, richiama l'attenzione sulla possibilità di errori diagnostici, gravi per le loro conseguenze, quando il medico non abbia portato la sua osservazione sull'apparecchio respiratorio o quando si tratti di forme centrali.

Bisogna tener presente che nella appendicite la febbre è in genere meno elevata e, nella maggioranza dei casi, segue il dolore. La diagnosi di polmonite può poi essere facilitata dall'assenza di *facies* addominale, dalla presenza di erpete labiale, dalla dispnea e dalla tosse. Lo skodismo sulla fossa sottoclavicolare dello stesso lato dell'affezione polmonare, allorchè esiste, sarà pure di grande aiuto diagnostico, specie quando gli altri sintomi non si sono resi ancora chiari ed evidenti.

Il Miranda ha dato la spiegazione della sindrome appendicolare nella polmonite nel modo seguente: il 12° nervo intercostale manda ramuscoli terminali nella cute della regione iliaca, sulla quale si può trasmettere per riflesso l'eccitamento provocato sul nervo dal processo polmonare. C. TOSCANO.

La resezione sottodiaframmatica dei vaghi.

Pieri (*Annali ital. di chir.*, fasc. 1, 1932) ha eseguito la resezione sottodiaframmatica bilaterale dei vaghi, in 14 casi per ulcera gastrica iustacardiaca, ulcera peptica postoperatoria dopo resezione o gastroenterostomia e per spasmo gastrico.

Scopo dell'operazione è di sopprimere la innervazione parasimpatica dello stomaco.

Ne riporta la tecnica consistente in una laparatomia mediana xifo-ombelicale. Aperto il peritoneo e dopo aver liberato in alto l'apofisi ensiforme dalle sue inserzioni, mentre un assistente attira in basso lo stomaco ed un altro assistente solleva il fegato e divarica la ferita, l'operatore va a scoprire il punto di riflessione del peritoneo dal diaframma all'esofago addominale incidendo trasversalmente il peritoneo. Si scopre così il vago di sinistra che si seziona. Quindi isolando il margine destro dell'esofago e girando sulla sua faccia posteriore si individua il vago di destra che si seziona.

Nei casi operati dall'A. (dei quali peraltro non conosciamo i risultati agli effetti della malattia che aveva costituito l'indicazione operatoria) non si ebbe alcun effetto dannoso e gli ammalati furono tutti dimessi dopo circa due settimane dall'intervento.

L'A. crede inutile praticare anestesia dei tronchi nervosi prima di reciderli non avendo mai notato fenomeni allarmanti dopo la sezione di essi.

L'intervento provoca dapprima un certo grado di ipotonia per la compromissione di gran parte della motilità gastrica, ma dopo poche settimane il tono e la motilità si ristabiliscono in maniera sufficiente.

Crede quindi inutile associare all'intervento una gastroenterostomia allo scopo di garantire il vuotamento dello stomaco. A. CALCAGNI.

Inconvenienti della fenolftaleina.

La fenolftaleina è molto usata come lassativo e fa parte di molte specialità. Essa però può dare luogo, in qualche caso di idiosincrasia, ad inconvenienti. C. E. Lowe (*Lancet*, 4 giugno 1932) ha osservato in un uomo di 60 anni, dopo somministrazione di 10 cg. di fenolftaleina con cacao, un'estesa eruzione di porpora, diarrea sanguinolenta, vertigini, cianosi e debolezza generale. Fenomeni analoghi ha osserva-

to anche in altri casi. Nella prescrizione di tale medicamento, è quindi bene tener presente la possibilità di idiosincrasie e prevenire il paziente. *fil.*

SEMEIOTICA.

La prova di Mc Clure e Aldrich nei bambini tubercolotici.

Mc Clure e Aldrich nel 1923 osservarono che un pomfo provocato mediante l'iniezione intradermica di una piccola quantità di soluzione fisiologica di Na Cl scompariva molto più rapidamente nei bambini con edema che nei bambini sani.

Questa prova limitata dapprima ai nefropatici, fu estesa da altri AA. a svariate forme morbose, adoperando anche soluzioni diverse. E. Zambrano (*La Pediatria*, 15 luglio 1932), ha creduto ora interessante riprendere le ricerche sui tubercolosi per tentare di determinare se il metodo possedesse valore pratico ai fini diagnostici o se per lo meno potesse dare altri dati circa lo stato del ricambio idrico che in varie forme di tubercolosi si ha motivo di ritenere più o meno profondamente alterato.

La prova fu estesa a 51 bambini tubercolotici e a bambini normali di controllo, di età media corrispondente. Il tempo di reazione, normale tra 48 e 78', si trovò in generale ridotto nei tubercolotici, e tanto maggiormente in quelli con manifestazioni di cachessia e tossiemia tubercolare, in grado minore nei convalescenti e guariti. L'A. ritiene che tale prova possa essere l'espressione delle alterazioni tissurali e come un indice della intensità del danno prodotto dai veleni tubercolari. C. NERVI.

VARIA.

L'astrologia e la medicina moderna.

L'astrologia di un tempo, l'astrologia superstiziosa e ciarlatanesca, tenta di rifar capolino ammantandosi d'una veste scientifica.

Quel che una volta era arbitraria interpretazione della influenza degli astri sul corso degli avvenimenti e sulla salute degli uomini, ora ritorna in discussione.

Certo si tratta di ben altro. Lo studio delle relazioni fra modificazioni astrali e condizioni fisio-psichiche è cosa ben diversa dall'astrologare. Altri sono i punti di partenza, più consistenti i dati di fatto anche se essi si presentano per il momento vaghi e non molto convincenti.

Se gli astri hanno cessato di governare gli avvenimenti umani, se non è più lecito trovare oroscopi dal loro tragitto, dalla loro apparizione, dalla loro congiunzione essi, secondo alcune moderne ricerche, non sono estranei alla vita degli uomini.

Dal campo della ciarlataneria si passa, almeno come tentativo, a quello scientifico.

Gli effetti dei varii raggi luminosi e delle radiazioni elettriche sulle nostre condizioni fisio-psichiche è indiscutibile.

Non è a meravigliare quindi se le modificazioni astrali attraverso mutamenti dello stato fisico dell'ambiente inducono perturbazioni organiche, con conseguenze sullo stato di salute e sulla condotta umana.

Faure ha riscontrato che la comparsa delle macchie solari coincide con un aumento dei delitti, dei suicidii, delle morti improvvise, delle riacutizzazioni delle sofferenze, con la comparsa di epidemie.

Ha trovato anche una coincidenza di aumenti di accidenti varii: uragani, tempeste, incendi, esplosioni nelle miniere.

Da ciò l'illazione che le macchie solari per sè stesse o il perturbamento cosmico di cui esse sono l'effetto, produrrebbero modificazioni fisiche profonde con le conseguenti influenze sull'uomo e sull'atmosfera.

Vero è che queste osservazioni e deduzioni sono state molto discusse e smentite da varii studiosi, e particolarmente da Chabé, il quale con una statistica abbondante ha potuto dimostrare che l'aumento degli accidenti umani e tellurici si verifica spesso indipendentemente dalla comparsa delle macchie solari.

Ma ciò non ha impedito al prof. Tchijeky di Mosca di affermare che le macchie solari esaltano l'attività sessuale.

E' si va ancora oltre. Il dottor Lemoine afferma che i pianeti Venere e Giove, come il Sole, hanno influenze sensuali. La loro presenza eccita l'estro erotico e spinge alla morte. Fortunatamente i loro effetti malefici sono controbilanciati dall'influenza di un altro pianeta, Saturno, che è calmo e freddo.

Si ritorna, adunque, in piena astrologia, un po' più pretenziosa in quanto vorrebbe apparire scientifica, ma sempre astrologia.

I miracoli della radio ci rendono pensosi sulla possibilità che forze a noi oscure agiscano continuamente su di noi, e regolino o perturbino le nostre funzioni e la nostra condotta. Il nostro organismo è un apparecchio ricevente sensibile per molte energie, e non si sa se e quante e quali di queste possano provenire dagli astri.

Ma da questa vaga quanto legittima supposizione ai rapporti concreti e sicuri tra attività astrali ed attività umane corre troppo.

Per ora c'è margine per creazioni fantastiche, non basi per costruzioni scientifiche.

argo.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. S. da S.:

Suggeriamo: Th. H. Van de Velde. « Il matrimonio perfetto », Milano. Casa Editr. Francesco Aldor, prezzo L. 90; Anna Fischer, « La donna medico di casa », Torino, Edit. Casanova, prezzo L. 60. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Il regolamento per l'attuazione della legge sulla fabbricazione e vendita del cacao e del cioccolato.

La « Gazzetta Ufficiale » n. 222 del 24 settembre 1932 ha pubblicato il R. Decreto 26 maggio 1932, n. 1174, che approva il regolamento per l'applicazione della legge 9 aprile 1931, n. 916, sulla fabbricazione e la vendita del cacao e del cioccolato. Abbiamo già illustrato questa legge nel n. 32 del « Policlinico » del 15 agosto 1932. Accenniamo ora brevemente alle principali disposizioni del regolamento.

Esso prescrive che non si possano vendere come cioccolato in bevanda prodotti che non siano preparati esclusivamente con cioccolato o con cacao corrispondenti alle disposizioni della legge.

Per il cioccolato al latte è fatto obbligo di indicare come cioccolato al latte magro, quello che non sia fabbricato con latte intero.

Relativamente alle indicazioni da porsi sui prodotti messi in commercio, è stabilito che quelle che servono a designare i cioccolati speciali debbono essere ben visibili e scritti con caratteri non meno evidenti delle altre eventuali indicazioni. Inoltre le pezzature di cioccolato superiori ai gr. 20 devono portare ben chiara sugli involucri e le etichette l'indicazione del loro peso netto.

In luogo del nome della ditta, il Ministero delle Corporazioni può autorizzare che sia impresso sugli involucri, etichette ecc. il marchio depositato del prodotto, in quanto sia espresso in parole e sia sempre accompagnato dall'indicazione del luogo di fabbricazione.

Particolari norme si riferiscono al prelevamento dei campioni per le analisi. Questi debbono essere almeno in numero di tre e del peso di gr. 100 per il cioccolato ed il cacao ordinari, e di gr. 150 per i cioccolati speciali; i prodotti in polvere si prelevano nell'involucro originale, in recipienti di vetro o di latta; quelli confezionati, già involti in stagnola od in carta pergamenata. I campioni si condizionano colle modalità in uso (suggelli, etichette portanti tutte le indicazioni e le forme prescritte) e per ogni prelevamento deve compilarsi il verbale, non omettendo, oltre alle consuete indicazioni, quelle relative alla quantità di ciascuna partita del prodotto oggetto del prelevamento, ai marchi, numeri, ecc. ed alla quantità dei recipienti in cui è contenuto, specificando anche se e quali partite portino le prescritte denominazioni indicanti la natura dei costituenti del cioccolato.

Il regolamento andrà in vigore sei mesi dopo la sua pubblicazione, e cioè il 24 marzo 1933, dando così tempo ai produttori di uniformarsi alle disposizioni della nuova legge.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGUGNANO (*Vicenza*). — Scad. 30 ott.; 1° reparto; L. 7920 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2200 trasp., L. 264 ambulat., L. 1188 serv. att., L. 634 c.-v. se compete.

BARGE (*Cuneo*). — Scad. 20 ott.; L. 7000 oltre L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

BOLLATE (*Milano*). — Consorzio per la condotta medico-chirurgica Bollate-Arese. A detto posto sono annessi i seguenti emolumenti: stipendio annuo L. 13.000, essendo il Consorzio classificato di 1ª Categoria; l'indennità di L. 3500 per mezzo di trasporto stabilito in carrozza con cavallo od automobile; l'indennità annua di L. 700 per le funzioni di Ufficiale Sanitario, se tale incarico verrà da S. E. il Prefetto conferito al vincitore del concorso.

Gli assegni e le eventuali indennità sono soggette alla riduzione del 12 % in base a R. D. 20-11-1930. Detti emolumenti sono al lordo di qualsiasi tassa, imposta o trattenute prescritte per legge. Lo stipendio è aumentato di un decimo dopo ogni quadriennio di servizio e per 5 quadrienni a decorrere dal 1° del mese successivo all'acquisto della stabilità. Scadenza 31 ottobre 1932. Per altri chiarimenti sui titoli od altro, rivolgersi al signor Erminio Mariani, presidente del Consorzio, Bollate.

BOLOGNOLA (*Macerata*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 200 arm. farm., da ridurre del 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

BRESCIA. *Ammin. Prov.* — Scad. 30 nov.; coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att.; riduz. 12 %; riconoscimento serv. ant.; premi di operosità; età lim. 35 a. al 1° sett.; tassa L. 50.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CARPENETO D'ACQUI (*Alessandria*). — Scad. 15 dic.; L. 6160 oltre L. 440 trasp., L. 440 uff. san., già ridotte.

CASTELSARDO (*Sassari*). — Scad. 30 nov.; L. 8360 già ridotte del 12 %; addizionale L. 5 oltre i 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; L. 880 se uff. san.; c.-v.; L. 1200 per gli ammalati dimoranti in campagna; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

CASTO (*Brescia*). — Scad. 30 nov.; consorzio; L. 8800 e 6 quinquenni oltre L. 2640 trasp., L. 440 uff. san.; tassa L. 50.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 10 dic.; 3ª cond.; L. 9000 oltre c.-v. L. 740 pei coniugati; L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scad. 30 nov.; per Morra; L. 7000 oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.

CONTESSA ENTELLINA (*Palermo*). — Scad. ore 18 del 15 dic.; titoli ed esami; L. 9750 e 5 quinquenni dec.; L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CRENOVIZZA (*Trieste*). — Consorzio Crenovizza-Senosecchia, con residenza nel comune di Crenovizza, frazione Prevallo. Stipendio annuo L. 11.000 aumentabili di un decimo ogni quadriennio, e così per 5 quadrienni, sullo stipendio base. Caro viveri, fino a quando verrà consentito, nella misura corrisposta agli impiegati dello Stato. Indennità per il servizio di Ufficiale Sanitario L. 1000. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000. Le suddette percezioni sono soggette alla riduzione del 12 % (R. D. L. N. 1491 del 20-XI-1930) e alle ritenute di Legge. Scadenza ore sedici del' 10 novembre 1932. Per altre informazioni, notizie sui documenti, ecc., rivolgersi alla Segreteria Comunale di Crenovizza.

CRISPIANO (*Taranto*). — Scad. 31 ott., ore 18; età lim. 35 a.; L. 10.500, oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 12 sett.; tassa lire 50,10.

GILDONE (*Campobasso*). — Scad. 25 nov.; L. 5500 e 3 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

LIBRIZZI (*Messina*). — Scad. 25 ott.; L. 9000 oltre L. 1000 se uff. san.

MATRICE (*Campobasso*). — Scad. 17 dic.; L. 6000 da ridurre del 12 %; 3 quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

MOMBELLO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 23 nov.; L. 7000 oltre L. 2000 trasp., L. 700 uff. san.

MONTENERO D'IDRIA (*Gorizia*). — Scad. 31 ott.; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 automezzo obbligatorio, L. 600 ambulat. se a domicilio del med., L. 1000 se uff. san., riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

OSTELLATO (*Ferrara*). — Scad. 20 ott.; per Rovereto (2ª condotta); L. 8360 e 5 quadrienni dec. oltre L. 6400 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

PADOVA. *Ospedale Provinc. psichiatrico.* — Scad. 15 nov.; medico primario e medico assistente; stipendi L. 13.500 e L. 9500, aumentabili; c.-v.; riduz. 12 %; alloggio personale; età lim. rispettiv. a. 35 e a. 30; tassa L. 50,10. Se il medico primario verrà incaricato delle funzioni di vice-direttore, indennità di L. 1200 e alloggio per famiglia.

PIETRACATELLA (*Campobasso*). — Scad. 10 dic.; L. 6000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 39 a.

PORTICO e S. BENEDETTO (*Forlì*). — Scad. 25 ott., 1ª cond.; L. 11.000 oltre L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san.; 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 16.000, aumentabile a L. 17.800, oltre ad una indennità di servizio attivo di L. 3630 annue, ed una percentuale del 25 % sull'importo degli utili del Laboratorio, da ripartirsi tra i due dirigenti delle Sezioni. Gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle ritenute obbligatorie. Età minima a. 21, massima a. 45 salvo eccezioni di cui all'art. 9 del R. D. 16-I-1927, n. 155 (« Gazz. Uff. » 22-II-1927, n. 43). Documenti e titoli di studio indicati all'art. 8 del sucitato R. Decreto. Tassa di concorso L. 50,10. Prove di esami secondo i programmi e le norme generali di cui al Decreto 9 maggio 1927 del Ministero dell'Interno. Periodo di prova anni due. Assunzione di servizio entro trenta giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Accettazione, ad ogni effetto di legge, del Regolamento per il Laboratorio, di quello organico per gli ufficii provinciali e delle eventuali modifiche che possano in seguito esservi introdotte. Scadenza ore diciotto del 30 novembre 1932. Chiarimenti alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

RIPALIMOSANI (*Campobasso*). — Scad. 26 nov.; L. 6000 da ridurre 12 %, 3 quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SANTOPADRE (*Frosinone*). — Scad. 30 nov.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc., L. 500 uff. san., il tutto ridotto del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SORIANO CALABRO (*Catanzaro*). — Scad. 15 nov.; L. 7000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.

SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 dic.; due condotte; L. 8000 e L. 9000, oltre serv. att. L. 2100, c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50

TOLMEZZO (*Udine*). — A tutto 15 nov., 1° reparto; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 1000 trasp.; riducibili 12 %; 6 quadrienni dec.

TRENTO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica, con annessa Stazione antirabbica, del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi in Trento. Al posto sono congiunti i seguenti emolumenti: stipendio L. 13.700 con 3 aumenti quadriennali di L. 600, rispettivamente lire 800 e L. 900, oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3500, al lordo di ritenuta di R. M. e contributi di legge; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % (R. D. L. 20-XI-1930, N. 491). Al coadiutore potrà inoltre essere corrisposto un premio di operosità nella misura del 15 % dei proventi di analisi a pagamento di interesse privato. Scadenza ore sedici del 25 novembre 1932. Per ulteriori informazioni sui documenti, ecc., rivolgersi all'Ufficio Economato della Amministrazione Provinciale di Trento, inviando l'importo di lire due.

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Scad. 25 ott.; uff. sanit. di Borgosesia; L. 7000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 trasp. e diarie; è ammesso l'esercizio della libera profess.; probabile direz. dei laboratori. Chiarimenti dall'Ufficio Sanitario della Prefettura.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Leonardo Bianchi ».

È aperto il concorso ad un premio di L. 4000 (lorde) costituito con le rendite della Fondazione « Leonardo Bianchi » da conferirsi al laureato in Medicina e Chirurgia presso la R. Università di Napoli che presenti il miglior lavoro in Neuropatologia.

Le domande debbono essere presentate in Segreteria non oltre il 30 novembre 1932, corredate dai seguenti documenti: *a*) certificato di cittadinanza italiana debitamente legalizzato; *b*) certificato di laurea; *c*) tre copie del lavoro col quale s'intende concorrere al premio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Durante una solenne seduta del 10° Congresso internazionale di storia della medicina, adunatosi a Bucarest dal 10 al 18 settembre, furono conferite le nomine a membri onorari della Reale Società Romena di Storia della Medicina. Per l'Italia ricevettero il diploma i proff.: Capparoni (Roma), Castiglioni (Padova), Favaro (Modena), Giordano (Venezia), Piccinini (Milano), Simonini (Modena).

Il dott. sir Holburt Waring è stato eletto presidente del Reale Collegio dei Chirurghi di Londra, in sostituzione del dott. lord Moynihan.

Il Moynihan è stato fin'ora il solo presidente che non provenisse dalla Metropoli ed il solo che sia rimasto in carica per due periodi (questi sono quadriennali). Egli ha portato notevoli innovazioni: tra l'altro, ha promosso la chirurgia sperimentale, in specie con la Fondazione di Buxton Browne, nel Kent, presso la Casa di Darvin; ha fatto istituire numerose borse di studio, e all'uopo è riuscito a raccogliere importanti somme; ha dato anche impulso al museo ed alle conferenze. Ha mirato sempre al collegamento tra ricerca sperimentale, osservazioni cliniche e diffusione delle conoscenze attraverso l'insegnamento e le discussioni.

Il dott. Thomas Gillmann Moorhead, presidente del Reale Collegio dei Medici dell'Irlanda e professore di medicina al Collegio Trinità dell'Università di Dublino, è stato eletto presidente dell'Associazione Medica Britannica, in sostituzione di lord Dawson of Penn.

Il dott. G. C. Anderson è stato designato quale segretario della stessa Associazione, in sostituzione del dott. Alfred Fox, che ne fu per un lungo periodo l'animatore; il cambiamento ebbe luogo il 1° ottobre, con una cerimonia in onore del Fox.

Il prof. Giuseppe Ovio, direttore della R. Clinica oculistica di Roma, è stato insignito di *motu proprio* del Sovrano, della Commenda della Corona d'Italia. Vivi rallegramenti all'illustre clinico.

Alla Lega argentina contro la tubercolosi sono stati eletti: presidente il dott. Gregorio Aráoz Alfaro; vice-presidenti il dott. Carlos Bonorino Udaondo e il sig. Miguel Miharovich; segretario il dott. Rodolfo Vaccarezza; tesoriere il dott. A. Olaran Chans.

Il dott. Walter Friebos, professore di dermatologia è Rostock, è chiamato a insegnare la stessa disciplina a Berlino.

NOTIZIE DIVERSE.

9° Congresso italiano di neurologia.

La Società Italiana di Neurologia si è adunata a Modena nei giorni 5-8 ottobre.

All'inaugurazione intervenne il sottosegretario all'Educazione Nazionale on. Arrigo Solmi. Parlarono il podestà avv. San Donnino, il rettore dell'Università prof. Pio Colombini, il presidente della Società prof. Fragnito, il presidente del Congresso prof. Donaggio e l'on. Solmi. Questi fece considerare come l'Italia abbia bisogno di una popolazione numerosa e robusta, mentre il numero e la robustezza dei popoli moderni sono insidiati da mille veleni morali e materiali, che fanno guardare l'avvenire con infinita preoccupazione. Accenna a questi veleni e agli squilibri che essi determinano nel sistema nervoso, contro i quali la scienza combatte una difficile battaglia. Si augura che i lavori del Congresso possano recare nuovi contributi e giovare al benessere umano e al progresso demografico della Patria italiana.

I lavori del Congresso sono stati interessanti e attivi. Si sono anche compiute varie visite.

Il prossimo Congresso è convocato a Roma.

Alla presidenza della Società è stato chiamato il prof. Antero Donaggio; presidente onorario è stato nominato il prof. Eugenio Tanzi.

4° Congresso italiano di microbiologia.

Si è svolto a Milano dal 3 al 5 ottobre, nei locali dell'Istituto Sieroterapico Milanese, il 4° Congresso organizzato dalla Sezione italiana della Società internazionale di microbiologia. Tra i numerosi intervenuti erano alcune eminenti personalità scientifiche straniere.

Il prof. Belfanti, presidente della Società e direttore dell'Istituto, ha aperto i lavori con una relazione sull'attività della sezione italiana, mettendo in evidenza l'utilità derivante al progresso scientifico da una moderna organizzazione degli scambi intellettuali tra gli studiosi nazionali e tra questi ed i colleghi di tutto il mondo.

Le relazioni già annunziate dettero origine a vivaci discussioni. Ai lavori prese parte il prof. E. Morelli. Destarono interesse le conferenze degli ospiti stranieri: il prof. Sachs, di Heidelberg, parlò in italiano su un venticinquennio di sierodiagnosi della sifilide; il prof. Neuberg, di Berlino, parlò in francese sulla biochimica della fermentazione degli idrocarbonati; il prof. Soule, di Michigan, trattò delle dissociazioni batteriche; il dott. Barotte diede lettura di una conferenza del prof Ramon, di Parigi, sul tema: immunità antitossica, costituzione e origine delle antitossine.

Ebbe luogo la cerimonia inaugurale di un nuovo padiglione dell'Istituto.

Congressi medici messicani.

Durante il mese di settembre si è tenuto a Tampico il 1° Congresso messicano sulla malaria; erano all'ordine del giorno i seguenti temi: immunità, forme atipiche, chinino-resistenza, trattamento con rimedi diversi dalla chinina, larvicidi economici ed efficaci.

Simultaneamente ebbe luogo la 4ª riunione dei Sindacati Medici; temi: assicurazione sociale, proletariato medico, responsabilità penale del medico, sindacati medici e legge federale sul lavoro.

Società francese di elettropiressia.

Ha lo scopo di raccogliere e di far conoscere i lavori scientifici e i risultati terapeutici ottenuti mediante la febbre artificiale ed in particolare mediante l'elettropiressia. Il ministro della salute pubblica, Godart, ne ha accettato la presidenza onoraria.

La sede sociale è: Chateau de La Muette, rue André-Pascal, Paris (XVIe), Francia.

Dopo ogni seduta, si pubblicherà un bollettino che verrà largamente diffuso.

1° Consiglio nazionale delle ostetriche.

Si è tenuto a Roma nell'aula della R. Clinica ostetrica in occasione dell'adunata dei professionisti e artisti. Intervennero all'inaugurazione il prof. Franchetti per la Direzione generale della Sanità pubblica, il dott. Coghetti per il P. N. F., il prof. Pecori per il Governatorato di Roma, il prof. Bompiani per il sen. Pestalozza, un rappresentante del Prefetto e altre personalità. Giunsero varie adesioni. Dopo vari discorsi, si è proceduto alla votazione per le cariche. È stata eletta segretaria nazionale la sig.na Rosina Malacarne. Il Consiglio ha discusso i vari temi all'ordine del giorno: empirismo, tariffa nazionale, capitolato, titolo, ufficio di collocamento, difesa della professione dell'ostetrica, mutue e pensioni. È stata approvata la proposta della segretaria nazionale di fondare una cassa nazionale di assistenza con i fondi che fino ad ora erano stati raccolti per la Cassa della Ostetrica.

Un corso universitario a Pietraligure.

Per l'interessamento del commissario del Pio Istituto di Santa Corona e coll'appoggio del prof. Livini, rettore della Università di Milano, e del prof. Ronzoni, direttore della Scuola di tisiologia di Milano, si è tenuto a Pietraligure, negli Istituti dipendenti da Santa Corona di Milano, un corso teorico-pratico sulla tubercolosi osteo-articolare, per opera dell'egregio prof. Zanoli, primario chirurgo del grande Istituto. Il corso fu diviso in due Sezioni, a causa del numero ragguardevole degli inscritti: la prima si svolse dal 1° al 10 settembre; la seconda dal 20 al 30 settembre.

Per il Policlinico di Torino.

Nell'ospedale civico di Torino saranno convenientemente concentrate tutte le cliniche universitarie, con gli istituti annessi, ora sparsi in antichi edifici ed in locali insufficienti e inadatti. Un Consorzio costituito dagli Enti interessati, Stato, Comune, Ospedale S. Giovanni, Istituti di beneficenza, provvede alla costruzione dei fabbricati ed al loro arredamento. I fondi sinora assicurati ascendono a 53 milioni, ma ne occorreranno altri per completare le magnifiche costruzioni. Di esse una parte è già pronta e sarà inaugurata il 28 ottobre.

L'ospedale si trova alla periferia della città, in regione Molinette e la superfice inclusa nel recinto misura 142.000 metri quadrati ed è delimitata da corsi alberati di notevole larghezza; sulla fronte maggiore a levante, della lunghezza di mezzo chilometro, c'è una piazza larga 300 metri. I padiglioni costituenti nel loro assieme l'ospedale e le cliniche, sono diciannove, e la superfice fabbricata è di 30.000 metri quadrati.

Tutto quello che di più perfetto hanno suggerito la scienza e l'arte medica è stato adottato sia nella disposizione dei locali, sia nell'arredamento.

Ogni clinica ha biblioteca, sala di lettura, ingressi riservati, laboratorii ed ambulatorii proprii, riparti completi di infermerie e tutto quanto occorre per un funzionamento indipendente: l'altezza media delle infermerie è di metri 4,50 e la superfice per ogni letto di metri quadrati 8. Ogni gruppo di infermerie, ogni sezione, ha verande aperte e giardini, nei quali i malati potranno esser trasportati coi loro letti.

Una centrale termica di grande potenza provvederà al riscaldamento, a circolazione d'acqua: per le cucinette, le sterilizzazioni ed altri impianti minori d'esercizio, verrà adottato il riscaldamento elettrico. Il numero dei letti è di 1080, divisi proporzionalmente fra clinica medica generale, clinica chirurgica, patologia medica, clinica neuropatologica, otorinolaringoiatrica, psichiatrica, dermosifilopatica, isolamento ecc., con ogni massima comodità di collocamento e di assistenza. Ma i posti potranno essere portati presto a 1200 con le già predisposte elevazioni e completamenti di edifici. Nell'interno si sono inoltre predisposti alloggi per 400 persone (medici di servizio, suore, infermiere, cappellano, guardie, personale subalterno, ecc.).

L'ospedale potrà competere con i maggiori d'Europa.

Nuovo ospedale a Losanna.

È stato inaugurato a Losanna un ospedale costruito grazie ad un legato di 500.000 franchi svizzeri, che un ex-industriale, Edoardo Sandoz-David — per suggerimento del proprio medico dott. Brustein — fece al cantone di Vaud. Porta il nome del benefattore. Potrà ospitare 112 malati, di cui metà uomini e metà donne. Vi sono stati aggiunti quattro padiglioni d'isolamento; il prezzo si è elevato ad un milione di franchi.

Alle Terme di Salsomaggiore.

Presenti il Duca di Bergamo, gli on. Rossoni, Olivetti, Farinacci e Bigliardi, il sen. Marozzi, il prefetto Rizzatti, il podestà Mantovani, il segretario federale Vicari e numeroso pubblico di autorità e di invitati, si è inaugurato il nuovo grande edificio delle Terme costruito dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali. La benedizione alla nuova opera del Regime è stata impartita dal vescovo mons. Vianello, il quale ha pronunziato un elevato discorso. Hanno parlato anche l'on. Olivetti, il podestà Mantovani e l'on. Rossoni, il quale ha dato particolare rilievo alla nuova opera compiuta in favore dei lavoratori.

La Scuola di Farmacia a Bari.

Col prossimo anno accademico avrà inizio nella R. Università di Bari il corso per la laurea in Farmacia. Per tal modo si completa la Scuola di Farmacia dell'Università Pugliese.

Elargizioni.

La fondazione Rockefeller ha donato 200.000 dollari, pari a circa 4 milioni di lire it., all'Università Stanford della California, per promuovere le ricerche nel campo delle scienze sociali (vi è compresa l'igiene sociale). Di detta somma 75 mila dollari sono senza restrizioni; 125 mila sono a condizione che l'Università provveda una somma uguale.

Nella stampa medica.

Il dott. Giocondo Protti, ben noto per il suo « emoinnesto muscolare », ci presenta un « *Archivio di radiobiologia* », che ha un Comitato redazionale ove figurano i nomi di Capocaccia, Casati, Castaldi, Ceresole, Roncato, Veneziani e Viale.

Il nuovo movimento radiobiologico ha nel nome del Protti un'affermazione. I benefici effetti che egli, nella Clinica di Schiassi, aveva osservato su alcuni individui a seguito dell'iniezione di quantità non elevate di sangue, vennero da lui attribuiti dapprima a principii ormonici; poi alle radiazioni mitogenetiche di Gurwitsch.

Indipendentemente da quelli che possono essere i criterî interpretativi, il merito fondamentale del Protti (e il Gurwitsch glielo ha riconosciuto), è stato quello di riuscire a dimostrare la possibilità di un'azione fotochimica della materia organica animale. Tale azione nel sangue sarebbe in relazione al potere irradiante, il quale varierebbe non poco nei vari individui (i datori, nella pratica seguita dal Protti, dovrebbero essere scelti tra i soggetti con elevato potere radiante nel sangue e appartenenti al medesimo gruppo sanguigno del recettore).

Il primo numero di « *Radiobiologia* » contiene articoli di Casati, sul potere radiante del sangue nell'ergosterismo; di Ceresole, sulle modificazioni che lo stato elettrico atmosferico induce nella cenestesi individuale; di Gurwitsch, che si occupa della profonda differenza fra la moltiplicazione cellulare fisiologica e quella patologica dei carcinomi, in rapporto alle radiazioni mitogenetiche; segue un lavoro di Gusso sull'azione dell'iniezione di sangue di donna gestante nelle forme di disfunzione ovarica; un lavoro di Magrou, intorno all'influenza delle azioni a distanza sull'embriogenesi; un lavoro di Maxia, riguardante gli effetti diversi di radiazioni e di gas sugli anelli di Liesegang; un articolo di Giulio Meneghetti. circa l'azione degli influssi cosmici sulla vita dell'uomo; un altro di Pozzan, sui rapporti tra emocateresi e raggi mitogenetici. È poi riportato l'interessantissimo discorso tenuto nel 1931, al Congresso della Soc. It. per il progresso delle Scienze, dal Rondoni di Milano. Chiudono la rivista un articolo di Torresi sull'emoinnesto intramuscolare in alcune emopatie e un saggio critico di Viale sulle radiazioni cosmiche e la oscillazione cellulare, in cui si confuta la possibilità che un circuito alla Lakhovsky possa arrestare i raggi cosmici, in quanto questi sono del tipo dei raggi beta e dotati di enorme potere penetrante. Seguono varie recensioni.

Il programma che il Protti si è con entusiasmo proposto, è vasto; appare opportuno che i fatti osservati, quanto più interessanti, tanto più siano sottoposti al controllo e alla critica severa e spassionata. La facilità con cui del suggestivo argomento si sono impadroniti i quotidiani politici, se ha dato popolarità al Protti, gli ha forse tolto la simpatia di una parte della severa scienza ufficiale, malgrado che lo Schiassi l'abbia definito « serio, prudente e pratico ».

Ai dati di fatto che la radiobiologia certamente ha conquistato, con grande pazienza potranno essere aggiunti i risultati di nuove indagini, da farsi più nel campo biologico che nel campo clinico, affinchè la critica possa essere severissima. La nuova rivista (gli uffici del periodico hanno sede a Venezia: direzione e redazione: San Gregorio 173; amministrazione: San Gregorio 173-A) potrà degnamente, nella sua bella veste tipografica, accogliere i dati sperimentali dei ricercatori d'avanguardia; essa è anche l'organo d'una « Società Internazionale di Radiobiologia » che il Protti, d'accordo col Comitato redazionale, si ripromette di riunire a congresso nella prossima primavera, a Venezia.

M. MESSINI.

I medici italiani ammessi all'abilitazione nello stato di New York.

Lo Stato di New York aveva deciso di escludere dagli esami di abilitazione alla professione medica i laureati delle Università italiane e di altre Nazioni europee. In seguito a vive proteste presso il Governatore Roosevelt, il provvedimento è stato annullato, garentendo l'esercizio professionale — dietro il consueto esame statale — ai laureati in Italia, tanto italiani quanto nativi d'America attualmente iscritti presso Università italiane.

Rivolta di medici cubani.

I medici di Cuba addetti alle società mutue hanno dichiarato lo sciopero e lo hanno attuato dopo un ritardo di tre giorni, concesso in accoglimento di una richiesta del Presidente della Repubblica. Lo sciopero venne precipitato dalla decisione, da parte delle mutue, di non escludere dalle cure mediche i soci che si trovano in buone condizioni economiche, tali da consentire facilmente la retribuzione diretta dei medici.

Le mutue di Cuba datano fin dai tempi degli spagnoli; oltre a provvedere l'assistenza medica — e all'uopo esse dispongono di buoni ospedali — forniscono anche luoghi di ritrovo, biblioteche, palestre, ecc.; il premio è piuttosto elevato: corrisponde a 40 lire mensili circa per ogni socio. La più potente mutua di Cuba conta più di 60.000 soci; un'altra ne ha quasi 20.000. I medici addetti alle mutue compiono, su retribuzioni modeste, un lavoro intenso, che non lascia loro il tempo di studiare e di perfezionarsi. Estendere le cure alla classe privilegiata, significherebbe dedicare a queste molto tempo, per ragioni di opportunità, e peggiorare l'assistenza agli altri iscritti; significherebbe anche togliere lavoro ai medici liberi esercenti, che sono numerosi (Cuba conta circa 3000 medici, per poco più di 3 milioni di abitanti, ossia incirca un medico ogni 1000 abitanti); infine significherebbe deprimere il livello professionale dei medici addetti alle mutue, data l'organizzazione di esse: trasformare i medici in burocratici.

Non sappiamo ancora l'esito della vertenza.

(Dal « Journ. A. M. A. »).

In memoria del dott. Auclair.

Gli allievi e gli amici di Jules Auclair hanno deciso di commemorare l'illustre tisiologo, facendo coniare una medaglia che ne rechi l'effigie; ogni sottoscrizione di 100 franchi dà diritto ad un esemplare della medaglia. Rivolgersi al tesoriere, Paul Radiguer, rue de Grenelle 151, Paris (VIIe), Francia.

In macchina.

Mentre questo fascicolo viene impaginato e va in macchina, s'inaugura solennemente al Campidoglio il Congresso italiano delle scienze.

Si svolge anche la premiazione dei Consorzi provinciali antitubercolari vincitori della gara indetta dalla Federazione.

Ne riferiremo nel prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Intern. Ac. Polon. d. Sciences et des Lettres, Classe de Méd., 7-8. — K. SCIESIUSKI e al. Studi di oncologia.

Journal A. M. A., 30 apr. — H. N. COLE. L'eczema o dermatite. — H. HAUSER. Il fattore muscolare nella scoliosi degli adolescenti.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., mag. — K. A. MENNINGER e W. C. MENNINGER. Epilessia e sifilide congenita. — A. GORDON. Manifestazioni neuropsichiatriche nell'intossicaz. da CO.

Surg., Gyn. a. Obst., mag. — N. J. BERKWITZ e N. H. LUFKIN. Neurassite tossica della gravid. — G. L. PERUSSE. Proctoclisi. — B. SOLOMONS e H. E. CANTER. Eziologia della placenta previa.

Acta Med. Scand., V-VI. — K. MOTZFELDT. Diabete epatogeno. — E. J. WARBURG. Clinica dell'infezione reumatica. — H. A. SALVESEN. Concentraz. molecolare totale del siero nell'uremia.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — L. H. HITZROT e E. P. PENDERGRASS. Colecistografia perorale ed endovenosa. — L. E. NAHUM e H. E. HIMWICH. Un metodo d'ingrassamento. — M. G. WOHL. Trattam. dell'obesità. — I. MUFFON. Pressione capillare. — J. C. MICHAEL. Apoplessia cerebellare.

Rass. Clin. Scientif., 15 mag. — M. ARESU. Stati febbrili non infettivi. — DE AMARIL. Aequalia cum aequalibus. — G. VERROTTI. Il pigmento cutaneo.

Spitalul, mag. — A. JIANO e al. L'anestesia alla percaina.

Giorn. It. di Dermat. e Sifil., apr. — M. CORNEL e E. RADAELLI. Variazioni della temperatura cutanea nelle reazioni dermografiche. — C. PISACANE. Orticaria da freddo. — G. F. CHIALE. Seconda reazione di conglomeramento di Müller (M. B. R. II).

Arch. Inst. Pasteur d'Algérie, 1. — ET. e ED. SERGENT e al. Studi sulla malaria.

Journal A. M. A., 7 mag. — C. F. CRAIG. Il problema dell'amebiasi. — M. B. STRAUSS e al. Epatoterapia parenterale — J. BLUM. Il fattore età nell'immunizzaz. antidifterica dell'infanzia.

Klin. Woch., 21 mag. — L. SEITZ. Le tossicosi gravidiche. — E. BECHER e al. L'acidosi uremica — H. PFEIDERER. Il ricambio energetico.

Chir. d. Org. di Movim., mar. — V. PUTTI. Osteotomia ed osteoclasia. — G. CORSI. Morbo di Recklinghausen. — E. ETTORRE. Fratture del corpo vertebrale.

Riv. di Cl. Ped., apr. — C. COCCHI. Forme prolungate delle meningiti meningococciche. — A. GALEOTTI-FLORI. Gli oppiacei nella terapia infantile, specialm. nella laringite difterica.

Pathologica, 15 mag. — A. COSTA. Agenesia del grande omento. — D. D'ANTONA. Valore profilattico dell'anatossina difterica.

Presse Méd., 21 mag. — DUCUING. Diagnosi precoce delle flebiti post-operatorie.

Revue Belge d. Sc. Méd., mar. — APPELMANS. Tbc oculare. — APPELMANS e P. VASSILAIDIS. Flora microbica delle ulcere gastro-duodenali e dei cancri gastrici.

Mediz. Welt, 21 mag. — H. CURSCHMANN. Mixedema. — E. FISCHL. Aforismi sulle malattie infettive nell'infanzia.

Brit. Med. Journ., 21 mag. — T. GILLMEN, G. FITZLJBBORA. Menopausa.

Deut. Med. Woch., 20 mag. — SCHITTENHELM. Il problema della tiroide e ricambio dello iodio.

Münch. Med. Woch., 20 mag. — A. KRECKE. L'occhio clinico.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., apr. — L. BOUCHUT e R. FROMENT. Forme dolorose atipiche di ulcera gastro-duoden. — A. LABRECHTS e L. RUYTERS. Nuovo reattivo per determin. l'acidità gastr.

Journal de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero monografico sulla dermatologia e la sifilografia.

Wien. Klin. Woch., 27 mag. — MOLITOR. Azioni riflesse sul ricambio idrico. — HAUEBRAUNT. Ulcera gastro-duodenale.

Presse Méd., 25 mar. — M. D'OELSITZ. Agenti terapeutici del kala-azar.

Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir., mag. — G. DE MUYLDER. Enfisema sotto-cutaneo generalizzato d'origine traumatica. — J. DELCHEF. Aortografia addominale.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Sommari dei Numeri usciti nel mese di Settembre 1932 di nostri Periodici e Riviste

Il numero 9 (1° Settembre 1932) della

Sezione Medica del "Policlinico,,

contiene i seguenti lavori:

H. VINCENT — **Sulla sieroterapia antistreptococcica con un nuovo siero antimicrobico e antitossico.**

E. JACARELLI — **I disturbi del sonno nelle lesioni del mesencefalo. (Contributo anatomo-clinico).**

G. ANTONELLI — **Paraplegia spastica insorta 36 anni dopo gli effetti immediati di una ferita da coltello della spina dorsale con permanenza del frammento infisso.**

S. CORINALDESI — **Contributo clinico alla conoscenza e terapia di alcune frequenti affezioni secondarie a focolai tonsillari.**

☛ **Prezzo del Numero L. 6**

L'abbonamento pel 1932 alla sola Sezione Medica (dodici numeri) costa L. **50** per l'Italia e L. **60** per l'Estero.

Il numero 9 (15 Settembre 1932) della

Sezione Chirurgica del "Policlinico,,

contiene i seguenti lavori:

P. ABRUZZINI — **Gli uomini di vetro (Osteopsatyrosi). Contributo clinico radiologico.**

T. CALZOLARI — **Tumori misti della parotide.**

R. MEMMI — **Sulla cosiddetta ipertrofia semplice della prostata. (Studio anatomo-patologico).**

P. VALDONI — **Sul rapporto tra ulcera post-operatoria e presenza dei fili di seta sulla stomia.**

☛ **Prezzo del Numero L. 6**

L'abbonamento pel 1932 alla sola Sezione Chirurgica (dodici numeri) costa L. **50** per l'Italia e L. **60** per l'Estero.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Capo Redattori:

Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 9 (Settembre 1932) contiene:

Lavori originali: G. SANTUCCI: Su due casi di blocco cardiaco parziale clinostatico. — A. GUALDI: Il ricambio basale nell'ipertensione. — G. GIAUNI: Contributo allo studio della stenosi polmonare congenita nell'età adulta. — V. CHINI: Brevi osservazioni intorno alla polemica col prof. B. Kisch relativa alla cosidetta « alternanza elettrica » del cuore.
I periodici specializzati.
Tra le riviste ed i congressi: V. FOSSATI: Della pressione media. — L. LANGERON, R. DESPLATS, G. DESBONNETS, G. VINCENT: Trattamento delle obliterazioni arteriose degli arti. — C. FAHRIG e L. WACKER: Ricerche comparative sul complesso lipoideo del siero sanguigno nell'ipertensione essenziale, nel lavoro muscolare, nella fame, gravidanza e alimentazione. — D. GROTEL: Diagnosi topica dell'infarto miocardico e rispettivamente della trombosi delle coronarie. — M. HOCHREIN: Il significato clinico dei soffi cardiaci nell'ipertensione. — J. J. BERETERVIDE e J. SUBERVIOLA: Cuore mixedematoso. — W. NONNENBRUCK e K. GOTSCH: La terapia digitalica per via rettale. — ROCH, T. MARTIN e F. SCICLONNOEF: Le iniezione endovenose quotidiane-massive di soluzione glucosata ipertonica nei nefritici ipertesi.
Notizie bibliografiche: W. DRESSLER: Klinische Elektro-kardiographie.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 9 (Settembre 1932) contiene:

Lavori originali: F. LORENZETTI: Gli estratti placentari e mammari dal punto di vista della loro azione galattogena.
Fatti e documenti: M. FABERI: Sull'ipoplasia congenita dei reni. — C. CASU: Malformazioni esterne e distopia pervica renis. — A. COLAVECCHIO: Atresia della valvola ileocecale e apoplessia delle surrenali in neonato. — E. FIORINI: Un caso di « simmelia » in feto a termine.
La rubrica degli errori: A. MATERZANINI: Shock post-operatorio interpretato come emorragia secondaria.
Riviste generali: M. GORTAN: Nuovi indirizzi nella röntgenterapia dei tumori maligni.
La rubrica medico-legale: M. SIMONE: Relazione di perizia medico-legale in tema di annullamento di matrimonio per impotenza muliebre.
Dalle riviste: **Ostetricia**: L'endocardite acuta nella gravidanza e nel puerperio. — La sinfisi pubica in gravidanza e nel parto. — Lo strozzamento esterno dell'utero. — La dieta come agente profilattico nella sepsi puerperale. — Trattamento delle affezioni infiammatorie della mammella colla diatermia. — **Ginecologia**: La capacità di adesione dei leucociti, come esame clinico funzionale in ginecologia. — Sterilizzazione tubarica attraverso il canale inguinale. — I dati capaci di orientare praticamente la lotta contro il cancro del collo uterino. — Sul carcinoma primitivo delle cicatrici vaginali. — Trattamento delle celluliti pelviche in ginecologia. — Oleoma tubarico bilaterale trentadue mesi dopo un esame al lipiodol. — Ricerche sulla porzione pelvica degli ureteri nella donna. — **Pediatria**: Gestazione e tubercolosi: eredità, trasmissione, profilassi del neonato. — Sul problema della « febbre iniziale » nella tubercolosi del lattante. — Infezione da « Bacillus mucosus » in neonati. — Due casi di tronco arterioso comune persistente. — **Note di biologia**: Sullo « stadium proliferationis s. hyperemicum » nonchè sul concetto e sui limiti dello stadio di acme funzionale (Blütestadium) del corpo luteo nell'uomo. — Metabolismo basale e ciclo mestruale. — Il sistema reticolo-endoteliale durante la gravidanza e il ciclo mensile. — **I libri**. — **Varietà**.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 9 (Settembre 1932) contiene:

Esperimenti e saggi: G. GUIDA: Il comportamento della laringe nel tifo sperimentale in cavie e conigli.
Anatomia patologica: V. CESARIS DEMEL: Di un caso di diverticoli delle labbra vocali laringee.
Raccolta di fatti: Gi MASSIONE: Contributo allo studio della tubercolosi vegetante delle fosse nasali. Di alcuni particolari caratteri del tubercolo e dei suoi rapporti con le moderne vedute sull'istogenesi delle formazioni tubercolari. — E. DI LAURO: Tumore tubercolare della tonsilla palatina destra.
Terapia: V. APRILE: Tubercolosi laringea e preparati d'oro.
Fonetica biologica: C. DONISELLI: Fonogammoscopio semitonale. — V. GRIPPAUDO: Sull'orecchio musicale nel canto in soggetti adenoidei non operati da bambini.
Accademie e Assemblee: Gruppo Piemontese degli Otorinolaringologi. — Raduno del Gruppo otologico delle Tre Venezie.
La nota storica: G. FAVARO: Antonio Scarpa e Michele Girardi.
Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **65**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **40**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **6**.

ANNO XXXIX — Roma, 24 Ottobre 1932 - X — Num. 43

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE IN ROMA
Direttore: Prof. T. PONTANO.

Considerazioni cliniche sulla erisipela migrante

per il dott. GRASSO ROSARIO, già assistente negli Ospedali Riuniti, assistente nella R. Clinica Chirurgica.

L'*erisipela* è una dermatite acuta streptococcica che ha tendenza ad estendersi in superficie.

Il suo decorso è vario; in genere, insorta in un punto, si estende in superficie per 5-9 giorni formando una larga chiazza, poi si arresta; talora invece, ma meno di frequente (4-5 %) assume carattere migratorio (*e. migrante*) e può allora percorrere tutta la superficie del corpo e colpire di nuovo zone di recente guarite.

La *f. universale, serpiginosa, erratica,* sono una varietà della e. migrante, e ne indicano l'estensione o il modo di distribuzione. Esse null'altro denotano se non l'accentuazione del normale e specifico carattere dell'erisipela, al quale essa deve il suo nome (ἐρυνρός, rosso e πελω, estendersi).

Ma il perchè del carattere migratorio di alcune erisipele, noi lo ignoriamo.

La clinica c'insegna che soggetti floridi e forti, cachettici, bambini, vecchi possono essere colpiti da e. migrante.

Noi, rivedendo il nostro materiale degli ultimi sei anni, abbiamo cercato se fosse possibile trovare in esso cause che predispongono a questo carattere migratorio.

Casi di e. migrante . . . . . 152 (su un materiale di 3655 casi) — maschi 72, femmine 80

Distribuzione secondo le stagioni:

Gennaio	12	Luglio	6
Febbraio	21	Agosto	9
Marzo	20	Settembre	11
	53		26
Aprile	10	Ottobre	21
Maggio	8	Novembre	18
Giugno	5	Dicembre	11
	23		50

Frequenza rispetto alla sede d'inizio:

Cuoio capelluto	12
Viso	32
Arti superiori	9
Torace	4
Addome	8
Perineo	13
Organi gen. est.	19
Arti inferiori	55

mero di erisipele osservate in questo periodo. In base alla nostra esperienza, le condizioni meteorologiche, non influenzano in modo apparente il decorso dell'e., mentre invece ne favoriscono l'insorgenza. Pontano fa giustamente osservare come le giornate fredde ed umide ed i bruschi cambiamenti di temperatura facilitino il prodursi della malattia, per cui i reparti specializzati di erisipela pullulano in tali periodi, mentre si vuotano qualche volta nella buona stagione.

Frequenza rispetto all'età; complicazioni ed esito:

Età	N.	Complicanze	Morti
Entro il 1° mese d'età	16	—	15
Dal 1° mese al 1° anno d'età	18	Ascessi in 9 casi	1
» 1° anno » 10° » »	18	Ascessi » 8 »	—
» 10° » » 20° » »	14	Broncopolmonite » 1 caso; Polmonite » 1 »	2
» 20° » » 30° » »	20	Ascessi » 6 casi	2
» 30° » » 40° » »	17	Ascessi » 3 »; Setticemia » 1 caso	1
» 40° » » 50° » »	19	Ascessi » 4 casi; Empiema » 1 caso; Polmonite » 1 »	3
» 50° » » 60° » »	11	Ascessi » 3 casi; Trombofleb. seno cavernoso . » 1 caso	2
» 60° » » 70° » »	15	—	4
» 70° » » 80° » »	6	Ascessi » 2 casi	4

Presunta causa predisponente:

Età (bambini, vecchi)	in 64 casi
Dist. trofici (vascolari, nervosi)	» 14 »
Cardio-renali	» 10 »
Puerperio	» 10 »
Lues	» 4 »
Diabete-polisarcia	» 4 »
Gravidanza	» 2 »
Cirrosi	» 2 »
Convalescenza	» 2 »
Ferite contuse	» 2 »
Stato settico	» 2 »
Causa ignorata (?)	» 36 » (!)

Dalla nostra casistica risulta che, l'e. migrante, si ebbe nel 4,10 % dei casi; con una frequenza eguale nei due sessi (maschi 72, femmine 80), essendo trascurabile la lieve differenza a favore del sesso femminile, e nel caso spiegabile con la presenza in queste della vulva, frequente porta d'ingresso dell'infezione.

Le stagioni in cui essa apparve più di frequente furono: l'autunno e l'inverno; tale aumento fu però proporzionato al maggior numero di erisipele osservate in questo periodo.

Dimostrò carattere altamente migrante l'e. della reg. perineale e delle natiche (nel 40 %) e degli arti (nel 5-7 %); scarsa tendenza invece si osservò nell'e. del viso: 40 su 2250 casi (1,7 per cento).

In parte, sulla maggior frequenza delle f. migranti nell'e. insorta al perineo, alle natiche, agli arti influisce l'età, inquantochè, queste forme, sono molto frequenti nei piccoli bambini, mentre nell'adulto predomina l'e. del viso (70 %). E come diremo avanti, *la tenerissima età è la principale causa predisponente dell'erisipela migrante.*

Però anche negli adulti, apparve sempre netto il contrasto, tra la scarsa tendenza a migrare dell'e. del viso e quella del perineo, natiche, arti.

Una modica frequenza di f. migranti si ebbe nell'e. chirurgica e traumatica (16-18 %).

Quali altri dati, di maggior valore, ci dà la nostra casistica sulla predisposizione alle forme migranti?

Il dato più importante è quello che riguarda l'età; 1/3 dei nostri casi sono bambini ed in prevalenza neonati. Le puerpere apparvero pure predisposte alle f. migranti e così pure i diabetici ed i nefritici cronici; in questi casi la mortalità fu elevata (32 %).

Poco valore invece ci sembra dover dare alle altre cause riscontrate nel rimanente dei casi (dist. trofici, obesità, lues, convalescenza).

La mortalità globale fu del 22 %, con il massimo nei neonati al di sotto di 1 mese, ove raggiunse il 94 %. In questi, la gravità, apparve dipendere dalla grave estensione del processo, che assunse forma universale; in 1 caso, in cui colpì parti non estese del corpo, si ebbe la guarigione.

Da 1 a 2 mesi d'età si ebbe una mortalità del 57 %. Nulla fu invece la mortalità al di sopra dell'anno di età.

Poco predisposti apparvero i vecchi (3 %), ma alta fu la loro mortalità (30 %). Nel 26 per cento colpì soggetti giovani floridi e forti e la mortalità in questi fu bassissima (1,30 %).

Riassumendo possiamo dire che:

1) Sono predisposti alle f. migranti dell'e. i bambini, specie i neonati ed in grado minore pure le puerpere, i discrasici, i nefritici.

2) L'alta mortalità dei neonati dipende dal decorso migratorio universale dell'affezione, come già Trousseau aveva fatto notare. Egli non vide mai guarire il bambino eresipelatoso al di sotto di 1 mese, mentre altri fanno osservare che l'esito non è poi così fatale neppure in questi. Tarnier in 38 casi ha 2 guarigioni; noi su 15 casi abbiamo 1 guarigione in un bambino di 1 mese; Roger su 14 bambini inferiori ai due mesi, ha pure 2 guarigioni.

3) I giovani non tarati sopportano bene anche le forme di e. migrante, mentre la mortalità è alta nei cirrotici, cardio-renali, diabetici.

4) La maggior tendenza a migrare si osserva nell'e. della reg. perineale, delle natiche e degli arti.

Riflettendo sui dati raccolti dobbiamo confessare che *del carattere migratorio di molte eresipele noi ignoriamo la causa*, mentre, l'aver osservato, che la forma migrante è quasi specifica di determinate età, sta a favore del concetto che, nel determinismo di questa, *il terreno* ha la massima importanza (*difficoltà d'immunità parziale*).

Infatti, la guarigione clinica dell'e., come di tutte le malattie cicliche, avviene per una immunità attiva locale e temporanea sopraggiunta, che arresta il processo, a malgrado la persistenza e virulenza del germe. Noi pensiamo che, tali poteri immunitari locali (*immunità parziale*), nell'adulto siino pronti ed efficaci e sufficienti in genere ad arrestare la dermite (e. localizzata) mentre nei neonati sono scarsi o assenti (e. migrante).

***

Tra le complicanze gravi, mortali, furono osservate: la setticoemia (1), l'empiema (1), la broncopolmonite (1), la polmonite (2), la tromboflebite del seno cavernoso (1). Più di frequente (nel 22 %), si ebbero complicanze suppurative, quali flemmoni del cellulare sottocutaneo, cui seguì la formazione di ascessi. Questi furono osservati più di frequente nei bambini ed in corrispondenza degli arti, specie nelle regioni retromalleolare, retroolecranica, interna delle coscie. La loro comparsa non apportava apprezzabili modificazioni sulla curva termica, che era per sè stessa fortemente remittente o intermittente, ed avveniva in genere verso la seconda settimana di malattia. In tale epoca, osservando le regioni ove era passata la dermite, specie agli arti, si riscontravano piccole zone d'infiltrazione dure, rosse, dolenti, spesso multiple, la cui disposizione a rosario stava a dimostrarne l'origine linfangitica.

Aiutati dagli impacchi caldi, si aveva la fluidificazione della parte centrale con formazione di un piccolo ascesso, che nei vecchi era di maggiori dimensioni e causa di larghi scollamenti.

Ebbene, il chirurgo chiamato ad aprire questi ascessi deve, per un momento, dimenticare il detto dell'*incisione ampia e precoce*.

Basta frequentare i reparti specializzati per erisipela e seguire con senso critico gli ammalati, per convincersi che il flemmone complicante l'erisipela va rispettato a lungo e trattato con gl'impacchi caldo-umidi, chè esso non tende ad estendersi ma a circoscriversi e ridursi. Avvenuta la sua fusione purulenta, questa va aiutata sempre con l'iperemia attiva dell'impacco, finchè è avanzata e completa, finchè direi la zona non è più rossa ma soltanto fluttuante.

E quando si è deciso d'intervenire, non occorre, come per gli altri ascessi, praticare una ampia incisione che comprenda tutta la zona fluttuante o che l'oltrepassi, ma ne basta una piccola e nel punto declive, seguita da un sottile drenaggio, che va tolto dopo qualche giorno essendo scarsa la secrezione.

Può sembrar strano che, in tema di raccolte

ascessuali, si danno suggerimenti opposti a quelli che sono vecchie leggi della chirurgia settica, ma nel caso in ispecie la nostra grandissima esperienza ci autorizza queste conclusioni.

Pochi giorni dopo l'incisione, si ha la guarigione.

Se l'ascesso è ampio si possono praticare più incisioni nei punti declivi; gli scollamenti residui scompaiono in poco tempo.

Adunque, gli *ascessi da erisipela, meglio che tutte le altre raccolte purulente, guariscono rapidamente.*

***

Come è stata curata l'erisipela migrante nel nostro reparto?

Prima di rispondere alla domanda, occorre ricordare il reale andamento della malattia lasciata a sè.

Ebbene, l'erisipela è *malattia ciclica* e come tale suole guarire, come dice Pontano, *con ogni terapia ed a malgrado di ogni terapia* coll'esaurirsi del suo ciclo.

Questo detto, ci richiama alla mente l'altro del celebre clinico di Lipsia, lo Strümpell, a proposito della polmonite crupale, pure essa infezione a decorso ciclico.

La polmonite, scriveva lo Strümpell, guarisce di solito malgrado le cure.

Chi nel trattamento di qualunque malattia ciclica (malattie esantematiche, erisipela, carbonchio, angina, polmonite franca, ecc.) *non tiene presente il normale andamento della malattia lasciata a sè, rischia di attribuire la guarigione a quel tale farmaco che ha avuto il merito di coincidere con la normale defervescenza del male.*

Si deve a questo se l'e. vanta ancora tanti metodi di terapia quanta nessuna altra malattia d'infezione, e se ancora è dato leggere in giornali medici di casi di e. localizzata, in giovani sani, guariti in VI, VIII g. per virtù di una delle tante pomate o soluzioni o sieri.

Basterebbe frequentare i reparti specializzati ove l'e. si cura con semplici inpacchi caldo-umidi di soluzione fisiologica, per convincersi che in soggetti giovani, con organi sani, la forma localizzata guarisce nel 100 per 100 in eguale periodo di tempo e spesso anche prima.

Noi quindi, abbiamo sempre praticato la cura sintomatica locale, con impacchi caldo-umidi di soluz. fisiologica, che hanno l'effetto di proteggere la parte, di diminuire il dolore ed il senso di tensione, di attivare la circolazione sanguigna e linfatica, di stimolare la vitalità dei tessuti colpiti.

Essi vanno applicati sulla parte ed anche oltre, sulle regioni vicine, che rischiano di essere invase dal male e vanno rinnovati in media ogni 3 ore.

Noi li usiamo largamente e sistematicamente con ottimo risultato, e sembra che anche le complicazioni locali siano ridotte con tale metodo al minimo, non solo, ma il ripristino delle condizioni locali è rapidissimo.

Noi siamo giunti a questa conclusione attraverso l'esperienza di migliaia di ammalati e dopo aver provato i vari metodi in uso. Le cure antisettiche locali con impacchi di alcool, di acido fenico al 5 %, con pennellature di tintura d'iodio, non modificava l'andamento del processo locale e la dimostrazione di ciò era evidente nelle e. migranti, in cui la dermite erisipelatosa, si *propagava trionfante*, per usare il detto di Pontano, al di sotto della medicazione locale.

I tentativi di arrestarne la diffusione bloccando meccanicamente le vie linfatiche, mediante mezzi compressivi (collodion, pflaster, traumaticina ecc.) sono falliti sempre nelle nostre mani, quando curavamo le forme migranti.

Che se invece estendiamo il sistema a tutti i casi di erisipela (ed in genere vi si ricorre verso il III-IV g.), applicando le striscie di pflaster qualche centimetro all'esterno del limite della chiazza (com'è prescritto), noi arresteremo tutte le forme di e. localizzata che nella nostra statistica figurano nel 96 % dei casi e che tendono *spontaneamente* a circoscriversi.

Ciò si è detto per spiegare gli entusiasmi di qualcuno (Juhel, Renoy) per il metodo compressivo.

Abbiamo invece nella nostra Clinica tentato altri metodi basati sulla conoscenza della superficialità del processo anatomopatologico, che riportiamo, onde risparmiare soverchie illusioni ad altri.

Verso la zona di progressione della chiazza, a vari centimetri dal limite di questa, si è iniettato nello spessore del derma e degli strati superficiali dell'ipoderma, del siero antistreptococcico, disposto proprio a corona nella erisipela degli arti; *risultati nulli.*

Con lo scopo di formare una barriera leucocitaria, si è pure con eguale tecnica, ma iniettando solo nell'ipoderma, usata l'essenza di trementina, qualche goccia appena, distanziando le varie punture di alcuni centimetri, con disposizione sempre a corona. Si formavano dopo 24-36 ore, piccole zone d'infiltrazione nella sede delle punture, riunite spesso dalla loro zona di arrossamento, e che dopo qualche giorno assumevano i caratteri di piccoli ascessi, da cui si coltivò quasi sempre lo streptococco.

Si ebbero risultati incostanti; qualche volta si videro erisipele migranti esaurirsi in corrispondenza della zona di sbarramento, *ma più spesso l'e. scantonava la barriera e proseguiva il suo estendersi.*

Qualcuno di questi ascessi da trementina richiese l'incisione, per cui il metodo, poco accetto agli ammalati perchè doloroso, fu abbandonato.

E passiamo adesso alla sieroterapia. È noto come la terapia specifica dell'e. con sieri antistreptococcici o di convalescenti è fallita, non dimostrando alcuna influenza sul processo locale. Gli è però riconosciuta da alcuni, sebbene in modo non costante, un'influenza benefica sullo stato generale e sulle manifestazioni tossiche, senza poter dire se agisce per una specifica azione antitonica o per una stimoloterapia aspecifica.

Noi, che da tempo abbiamo abbandonato l'uso sistematico del siero antistreptococcico nell'erisipela ordinaria, *che guarisce spontaneamente*, abbiamo invece riservato il suo uso, più come stimolante che come specifico, nelle erisipele delle gravide, dei neonati, dei vecchi, in cui ogni resistenza e reazione organica sembra spenta.

Con tale concetto, abbiamo prima indifferentemente usato il semplice siero di cavallo o l'antistreptococcico; da qualche anno usiamo il *siero antitossico* preparato secondo Dick, in uso nella scarlattina, sopratutto mirando a lottare lo stato tossico senza illuderci di alcuna influenza sul processo locale.

Veniva iniettata l'intiera fiala (12 1/2 cmc.) per via intramuscolare, tutti i giorni, sino all'estinzione del processo.

Ma anche il siero antitossico ci ha lasciati delusi; esso non vale più degli altri sieri.

Di recente è stata tentata la irradiazione con raggi X o con raggi ultravioletti.

Nostri tentativi non ci portano a condividere tale ottimismo, ma il metodo deve ancora essere più largamente sperimentato.

Una cura sintomatica individuale ed una buona assistenza ha sempre completato la cura dell'eresipelatoso.

Concludendo possiamo dire che, ancora oggi, nulla possediamo per arrestare il decorso dell'e. migrante.

RIASSUNTO.

L'A., in base all'osservazione di numerosi casi di e. migrante (152), conclude ch'essa è stata osservata nel 4 % dei casi, e che vi sono predisposti i bambini, specie i neonati, e le forme che iniziano al perineo, natiche, arti. Tra le complicanze frequenti, ricorda gli ascessi a rosario che guariscono presto con piccole incisioni. Qualunque cura aspecifica o specifica, generale o locale, chimica o meccanica, è fallita; utile invece si è sempre dimostrato l'impacco caldo-umido.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI R. *Lezioni di patologia speciale chirurgica.* Le malattie da infezioni, Sampaolesi, Roma, 1912.

IOCHMANN e SCHÖNE. *Ueber den therapeutischen Wert der Stauungshyperämie bei Erysipel.* Deutsche med. Wochenschr., 1909, n. 48.

MOHR L. e STAEHELIN R. *Trattato di Medicina Interna*, vol. 1. Società Editrice Libraria.

PEREZ G. *Malattie da causa microbica.* Tipografia Failli, 1930.

PONTANO T. *Malattie acute da infezione.* Trattato di Medicina Interna diretto dal prof. CECONI, p. V. Edizione Minerva Medica, Torino.

ID. *Malattie da infezione.* V. Idelson, Napoli, 1932.

RITTER. *Ueber die Behandlung des Erysipels.* Münch. med. Wochenschr., 1910, n. 21.

ROGER G. *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. 1. Masson e C., éd., Paris.

SCHÜTZE A. *Ueber Erysipels.* Deutsche Klinik, Bd. 2.

TECNICA.

Laboratorio di Igiene e Profilassi della Provincia di Lucca.

SEZIONE MEDICO-MICROGRAFICA.
Direttore: Dott. GINO PINZANI.

Sulla tecnica di concentrazione dei bacilli di Koch negli espettorati dei tubercolosi.

Dott. E. NASSI, assistente.

Tutti coloro che si occupano di indagini di microscopia clinica sanno, per esperienza, che la ricerca dei bacilli acido ed alcool-resistenti nell'espettorato (che talora non offre difficoltà) può, in certi casi, essere resa difficile dal numero scarsissimo di bacilli eventualmente presenti.

Si rende allora necessaria una ricerca prolungata ed estesa a varii preparati, e, ciò nonostante, può riuscire negativo l'esame microscopico diretto, mentre poi le ulteriori prove culturali e biologiche diranno tutto il contrario.

È pure noto che per questi casi sono stati consigliati dei metodi di omogeneizzazione dell'escreato e di concentrazione dei bacilli; metodi che indubbiamente rappresentano un notevole perfezionamenhto della tecnica. Quelli maggiormente in uso sono basati sull'azione dissolvente che gli ipocloriti e l'idrato sodico

presenti nelle varie miscele (antiformina, varechine e simili), esercitano sul muco e sugli elementi cellulari dell'escreato, risparmiando i bacilli di Koch protetti dal loro involucro cereo.

Non sto qui ad elencare e descrivere singolarmente questi metodi che si trovano citati in ogni trattato di batteriologia.

Nel Laboratorio di Lucca, grazie all'abbondante materiale tubercolare sottoposto giornalmente all'analisi, ho avuto occasione di sperimentare su larga scala questi varii metodi ed ho potuto farmi un concetto abbastanza esatto della loro utilità e praticità.

E sono venuta nella persuasione che i sistemi oggi in uso presentino tutti, quale più, quale meno, degli inconvenienti: in prima linea quello di esigere una tecnica non tanto semplice e non scevra di pericoli, per cui la loro esecuzione può farsi solo nell'ambito di un laboratorio. Quasi sempre, infatti, è necessario ricorrere alla centrifugazione a forte velocità, operazione questa che, oltre che richiedere un apparecchio costoso, nel caso particolare non è certamente nè agevole nè gradita.

Inoltre il materiale concentrato aderisce male ai vetrini, per cui è necessario ricorrere all'aggiunta di qualche sostanza (escreato, albumina) che ne impedisca il distacco durante la successiva opera di colorazione del preparato.

Queste difficoltà, lievi per chi ha a sua disposizione un laboratorio attrezzato, non sono prive di importanza per chi vi si trova in presenza nella pratica di tutti i giorni.

Spinta allora dal desiderio di poter trovare un metodo che ai caratteri della sicurezza unisse quello della semplicità, cercai di modificare in un senso o nell'altro i metodi di omogeneizzazione in uso e venni alla conclusione di dover dare la preferenza assoluta ad un metodo che appunto voglio riferire.

Ho adoperato a tale scopo un ipoclorito basico di magnesio, che si trova in commercio col nome di « Magnocid ».

Chimicamente ha la formula Mg(OH) (OCl).

È una polvere bianca con debole odore di cloro. È poco solubile in acqua, quanto basta però per dare soluzioni con potere dissolvente del muco e della fibrina. Questo ipoclorito di magnesio possiede, in confronto agli altri preparati di cloro, e specialmente all'ipoclorito di calcio, una maggiore stabilità. Contiene circa il 32 % di cloro attivo.

Il Magnocid trova nella clinica numerose indicazioni nelle quali non è mio compito addentrarmi.

Come mezzo di omogeneizzazione dell'escreato per la ricerca dei bacilli della tubercolosi è stato già adoperato dal dott. M. Troncoso Serantes, biochimico del Sanatorio Nazionale S. Mario di Cordoba; però la tecnica che questo autore propone è abbastanza complicata e non porta quindi (a mio giudizio) un notevole vantaggio in pratica.

Il Magnocid viene adoperato insieme a bicarbonato sodico. La formula precisa, che è quella stessa proposta dal Troncoso Serantes, è la seguente:

Magnocid	gr.	2
Bicarbonato di sodio . .	»	6
Acqua distillata . . .	cmc.	1000

Questa soluzione, chiusa in bottiglia di vetro giallo e mantenuta in luogo fresco, si conserva per 20-30 giorni.

Il Magnocid si trova in commercio, oltre che sotto forma di polvere, anche in compresse dosate di un grammo ciascuna. Con una o con mezza di queste compresse può prepararsi la quantità di soluzione sufficiente per numerose prove.

La tecnica è la seguente:

Si unisce all'escreato, nel recipiente medesimo in cui è stato portato in laboratorio una quantità uguale o di poco maggiore della soluzione sopra citata.

Si lasciano così in contatto le due sostanze, a temperatura ambiente, per circa dieci minuti, avendo cura di agitare tratto tratto con una bacchetta di vetro. Il materiale subisce così una iniziale colliquazione, in conseguenza della quale, può essere agevolmente versato in una grossa provetta da batteriologia (200×20). Questa si immerge in un bagnomaria e si riscalda gradatamente fino ad una temperatura di 85°-90° mantenendovela per circa 15 minuti, ed avendo cura di agitare di tanto in tanto mediante bacchetta di vetro.

Il materiale è allora omogeneizzato perfettamente ed assume un aspetto torbido, finemente polverulento. Si estrae la provetta dal bagnomaria e si versa il contenuto dentro un comune calice da sedimentazione. Si vede subito che le minutissime particelle solide, sospese in seno al liquido, hanno tendenza a precipitare al fondo. Dopo un tempo massimo di tre ore la sedimentazione è completa.

Si decanta il liquido soprastante e dal sedimento si allestiscono preparati su vetrini portaoggetti.

Per la colorazione uso il metodo Ziehl-Nelsen lievemente modificato. La decolorazione non deve essere spinta oltre un certo limite: serve bene a tale scopo una soluzione di acido solforico al 4 % che si lascia agire appena il tempo sufficiente per impartire al preparato una lieve colorazione rosea. Anche l'azione decolorante deve essere accuratamente sorvegliata e limitata ad un rapido passaggio. Per la colorazione di contrasto sarà bene adoperare una soluzione di bleu di metilene diluitissima, che si prepara estemporaneamente facendo cadere poche gocce di una soluzione acquosa all'1 % in una mezza provetta di acqua distillata, in modo da ottenere un liquido di un colore bleu pallido e perfettamente trasparente alla luce.

Tutte queste precauzioni, apparentemente superflue, hanno invece grande importanza, perchè ho notato che molte volte i bacilli, trattati col metodo descritto, hanno tendenza a perdere un poco della loro resistenza alla decolorazione e ad assorbire il bleu. Quindi, non seguendo scrupolosamente queste modificazioni, si corre il rischio che i bacilli di Koch assumano un colore violaceo poco evidente sul fondo bleu del preparato.

Oltre al metodo della semplice sedimentazione in un calice, io sono solita usare anche un altro procedimento, un poco meno semplice del precedente, ma che permette di fare la diagnosi in un tempo brevissimo.

Per questo secondo metodo tengo pronte delle provette da batteriologia contenenti circa 10 centimetri cubici di una soluzione acquosa al 15 % di comune gelatina a marca oro, che si prepara molto semplicemente facendo disciogliere a caldo la gelatina in acqua e quindi filtrandola mentre è ancora calda.

Si procede in questo modo:

Quando, al termine dei 15 minuti di riscaldamento a bagnomaria, è avvenuta la perfetta omogeneizzazione dell'espettorato nel modo che sopra ho descritto, se ne versano circa 5 centimetri cubici nella provetta contenente la gelatina precedentemente fusa, e al di sopra ancora 5 centimetri cubici di ligroina. Si chiude con tappo di gomma e si agita energicamente per circa mezzo minuto. Quindi si dispone verticalmente a 60°.

Come nel metodo classico di Schulte, in pochissimi minuti tutta quanta la ligroina torna alla superficie trasportandovi i bacilli di Koch, i quali poi vanno a depositarsi nello strato di separazione dei due liquidi. Si fa solidificare la gelatina immergendola in acqua fredda o mettendola in ghiacciaia. Trattandosi di materiale solidificato, riesce molto facile, capovolgendo la provetta, eliminare la ligroina liquida, che generalmente disturba la pesca del materiale, e raschiare con l'ansa tutta la superficie della gelatina rimasta allo scoperto: si allestiscono preparati che si colorano con le modalità descritte.

Tanto il materiale del fondo del calice, quanto quello della superficie della gelatina aderiscono in modo perfetto al vetrino senza bisogno dell'aggiunta di altre sostanze e vi rimangono durante tutte le manipolazioni della colorazione.

Quale dei due metodi è migliore? Non è facile dire. Se il metodo della sedimentazione in un calice offre il vantaggio della semplicità, il secondo metodo offre quello della rapidità.

Fatto assolutamente sicuro è che, sia usando i due metodi contemporaneamente, sia usando separatamente uno o l'altro, ho potuto mettere in evidenza dei bacilli tubercolari in materiali che all'esame microscopico diretto o dopo processi di arricchimento eseguiti coi comuni metodi, erano riusciti negativi.

Inoltre ho potuto constatare che la concentrazione ottenuta è sempre maggiore a quella raggiunta seguendo altri procedimenti. Secondo conteggi da me eseguiti, i bacilli vengono concentrati, rispetto all'esame microscopico diretto, in ragione di 1:15 circa.

Ho creduto opportuno riferire di questa tecnica di concentrazione dei bacilli tubercolari negli espettorati, perchè, non soltanto essa mi ha dato ottimi resultati, ma anche perchè, per la sua praticità e semplicità, può essere alla portata di qualsiasi buon medico pratico, che non disponga di centrifuga e termostato.

Inoltre il materiale col quale si lavora, essendo riscaldato ad una temperatura di 85° e più, è, se non perfettamente sterilizzato, per lo meno molto attenuato nella sua virulenza.

RIASSUNTO.

L'A. consiglia un metodo di omogeneizzazione dell'espettorato per la ricerca dei bacilli di Koch, basato sull'azione del Magnocid. L'A. ha ottenuto, usando questo mezzo, resultati superiori a quelli dati dagli altri procedimenti fin'ora in uso. Il metodo ha inoltre il vantaggio di non richiedere l'impiego di apparecchi speciali, e di essere quindi, alla portata di qualunque medico pratico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto Radiologico dell'Osp. del Littorio in Roma
diretto dal Prof. ARISTIDE BUSI.

Su di un caso di osso soprannumerario nel tendine del quadricipite

per il dott. ANTONIO CAPUA, assist. vol.

D. S. Pasquale di anni 20 di professione vinaio. Ha camminato in età normale; sviluppo regolare; non ricorda di aver mai sofferto disturbo alcuno nella deambulazione. Circa due anni fa ebbe al ginocchio destro una sinovite di natura imprecisata, che è guarita con tre mesi di immobilizzazione.

Il 31 dicembre u. s. è caduto da un furgoncino battendo con il ginocchio sinistro; non sa precisare il punto del trauma.

All'ispezione si nota sulla regione anteriore del ginocchio sinistro al disotto della rotula una piccola zona ecchimotica della grandezza circa di uno scudo, che è molto dolente alla pressione; il dolore si estende anche alle regioni laterali; la rotula alla palpazione sembra integra; i movimenti attivi e passivi della articolazione sono dolenti però tutti possibili e completi; specialmente dolente il movimento di flessione.

Si procede all'esame radiografico che è stato eseguito in tre proiezioni: antero-posteriore; laterale e tangenziale (ginocchio flesso, raggio normale radente la superficie anteriore della rotula). I radiogrammi mettono in evidenza in corrispondenza della tibia sinistra una formazione ossea a limiti netti della grandezza di circa un soldo, fornita di corticale e di struttura trabecolare interna ben costituita; essa è articolata con una articolazione anomala alla grande tuberosità della tibia, e sulle facce articolari si notano delle piccole decalcificazioni che fanno pensare alla presenza di una artrite.

FIG 1.

I margini netti della rotula nelle tre proiezioni, il profilo normale della tuberosità anteriore tibiale, la presenza nella formazione ossea descritta di una corticale, l'assoluta assenza di parti scheggiate o irregolari, fanno escludere in modo certo la ipotesi di una frattura ed ammettere una anomalia ossea. (Radiogrammi 1° e 2°).

FIG. 2.

Si è perciò proceduto all'esame radiografico del ginocchio destro per stabilire un confronto. In esso si nota la presenza di una grossa apofisi anomala di forma clavata che parte dal margine superiore, si volge in alto della tuberosità tibiale, e su di essa sembra impiantarsi il tendine rotuleo. (Radiogramma 3°).

FIG. 3.

Trattasi quindi di una anomalia congenita bilaterale, certamente in rapporto con il nucleo di ossificazione della tuberosità anteriore della tibia che nasce verso il 12° o 14° anno. È da pensare che in questo caso sia sorto in questa regione un altro nucleo anomalo, che a sinistra ha evoluto indipendentemente e si è articolato in un secondo tempo con la tuberosità tibiale, mentre a destra si è invece saldato con essa.

Si potrebbe di fronte ad un tale reperto avanzare la ipotesi che si tratti degli esiti di una malattia di Osgood-Schlettar, o ancora di un distacco parziale del nucleo della tuberosità anteriore della tibia migrato in alto per la trazione del tendine quadricipitale. Ho pazientemente ricercato nella letteratura anatomica, ho consultato numerosi atlanti radiologici, ma non ho trovato alcun caso simile.

Grasey e Nogier nel loro Atlante di Radiologia chirurgica descrivono un incluso osseo nel tendine del quadricipite al disotto della rotula, ma esso era certamente dovuto secondo gli autori, a scheggia da frattura pregressa della rotula, intorno a cui si era formata una reazione periostea. Köler nel suo trattato radiologico sulle ossa, descrive una apofisi non frequente impiantata sul margine inferiore della rotula, ma nessun autore cita un reperto uguale od analogo a quello che io presento.

RIASSUNTO.

L'A. presenta il raro reperto di un osso soprannumerario incluso nel tendine del quadricipite curale.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Sintesi e farmacologia degli ormoni e delle vitamine.

(P. E. MORHARDT. *Presse Méd.*, 18 giugno 1932).

Ormoni e vitamine hanno fra loro una parentela spesso stretta, tanto chimica che farmacologica. Se la chimica degli ormoni è più progredita, attualmente la chimica delle vitamine avanza rapidamente, poichè noi conosciamo la formula di tre fra esse su di un totale di sei, sperimentalmente ben definite.

I. *Ormoni e vitamine alcaloidiche.* La prima delle sostanze di questo genere di cui è riuscita la sintesi è l'ormone della midollare surrenale, l'adrenalina, base azotata, che rientra nel gruppo degli alcaloidi. Fra l'adrenalina naturale e l'adrenalina sintetica vi è una identità perfetta sia dal punto di vista chimico che fisiologico.

Il fatto che l'adrenalina è un corpo relativamente semplice e che la sua sintesi è stata realizzata da più di un quarto di secolo, ha permesso di trovare altri corpi di cui la costituzione chimica e le proprietà farmacologiche si avvicinano a quelli dell'adrenalina. Per comprendere tutto l'interesse che le acquisizioni di questo genere possono avere, bisogna anzitutto rendersi conto che fra le sostanze che possiedono proprietà farmacodinamiche vicine a quelle dell'adrenalina, si trova la pirocatechina che possiede poteri ipertensivi energici senza che l'insieme delle sue proprietà si sovrapponga a quello dell'adrenalina. Fra il tipo pirocatechina e il tipo adrenalina esistono un gran numero di prodotti intermedi di struttura diversa. Le loro proprietà sono pratutto muscolotrope. Queste distinzioni hanno un grande interesse dal punto di vista fisiologico, ma un valore minore dal punto di vista della clinica terapeutica, che non reclama sempre un effetto simpaticomimetico di una estrema purezza. Sono interessanti però quando si pensa che ai due estremi della catena considerata si trovano l'adrenalina e la pirocatechina che sono utilizzate tutte due come antianafilattizzanti specialmente in casi di ipersensibilità alla luce.

Queste sostanze sono ancora differenti per altri caratteri. Gli affetti ipertensivi dell'adrenalina sono presso a poco costanti quale che sia il numero delle iniezioni praticate. Al contrario la noradrenalina e tutta una serie di altre basi vicine hanno degli effetti che si indeboliscono per un'azione nociva sul cuore che arriva a non poter più reagire.

Ma ciò che è importante da notare è che ogni struttura chimica che si allontana da quella dell'adrenalina diminuisce l'intensità e la specificità degli effetti simpaticomimetici. In altri termini, l'adrenalina è l'eccitante più potente e più puro del sistema simpatico.

Studiando i diversi prodotti di cui la formula si avvicina più o meno a quella dell'adrenalina, si arriva a trovare dei corpi che presentano delle particolarità molto interessanti e capaci di far concorrenza in clinica all'adrenalina. Fra i numerosi gruppi di questo genere si deve operare una classificazione.

Il gruppo più interessante comprende la serie tiraminica, cioè i derivati che possiedono una sola funzione fenolo in posizione para. Le basi di questo genere presentano tutte le proprietà simpaticomimetiche tipiche (effetti vaso-costrittori, ipertensori e antispasmodici rispetto ai bronchi).

Questi effetti sono molto meno intensi che per i derivati che possiedono due funzioni fenolo. La tyramina ha un effetto 800-1000 volte meno ipertensore o vasocostrittore dell'adrenalina. Il simpatol è 100 volte meno ipertensore o vasocostrittore dell'adrenalina.

Si comprenderà l'interesse di queste ricerche se si pensa all'azione dell'adrenalina. Questa sostanza provoca una costrizione periferica delle arteriole in tutto il sistema vascolare, eccezione fatta per le coronarie, vasi cerebrali e polmonari. Ne segue un aumento della pressione ed un aumento della massa del sangue che passa per il cuore. Se il cuore non è valido, si stanca, tanto più che l'adrenalina provoca dei disturbi nella conduzione dell'eccitazione intracardiaca. Si spiega così perchè l'adrenalina talora abbassi la pressione arteriosa. Questa azione paradossa è l'espressione di una vera insufficienza funzionale del cuore per rottura brusca dell'equilibrio circolatorio. È per questo che si preferiscono all'adrenalina dei prodotti meno attivi, come il sympatol. Questo corpo che sviluppa indefinitamente gli stessi effetti ipertensori, a condizione che non si utilizzino grandi dosi, non eleva la pressione nelle orecchiette anche se la pressione arteriosa è stata fortemente aumentata da esso; inoltre non provoca tendenza alle extrasistoli. Infine questo medicamento può essere somministrato per via buccale.

Il meta-sympatol, che ha un fenolo in posizione meta, eleva la pressione in modo più prolungato e possiede un'azione cardiaca più energica dell'adrenalina.

Un secondo gruppo comprende la serie della feniletilamina, di cui tutte le basi hanno una azione simpaticomimetica. La feniletilamina è ipertensiva a deboli dosi mentre le forti dosi sarebbero ipotensive. Fra le sostanze di questo gruppo figura l'efedrina sia sotto forma racemica (efetonina) sia sotto forma levogira (efedrina naturale o sanedrina). L'efetonina provoca una elevazione molto moderata e molto lenta della pressione. Secondo Rühl è questa sostanza che agisce meglio di ogni altra sul cuore reso insufficiente con l'istamina.

In un ultimo gruppo figurano i derivati pirocatetici o difenolici, in cui si trova l'adrenalone o trifnone, da 100 a 200 volte meno ipertensivo dell'adrenalina, ma ad azione più durevole. Lo strifnone è utilizzato nelle emorragie sotto una forma speciale. Si trova ancora in questo gruppo la novadrenalina di cui gli effetti si indeboliscono con le iniezioni ripetute.

Si può piazzare in questo gruppo anche un etere monometilico del benzolo (syntol), che ha delle applicazioni cutanee speciali, poichè dopo una vasocostrizione primitiva provoca una vasodilatazione intensa.

Salvo le osservazioni fatte al riguardo di ognuna, tutte queste sostanze hanno le stesse indicazioni dell'adrenalina: malattie allergiche e più specialmente asma, prevenzione degli effetti vascolari della morfina, stimolazione della circolazione in caso di choc o di collasso traumatico o infettivo, vasocostrizione per favorire l'anestesia locale, ecc.

L'adrenalina, come si è detto, è una base azotata come gli alcaloidi. Lo stesso si può dire delle vitamine.

La vitamina C era considerata finora come un acido assai forte non azotato. Ma Otto Rygh e Zaland sarebbero arrivati a dimostrare che questa vitamina non è altro che l'alcaloide dell'oppio ben noto, la narcotina, attivata dalla sostituzione di due gruppi OH. Questa attivazione si farebbe sotto l'azione della luce. Poichè la narcotina è un prodotto assai corrente e lo scorbuto una delle avitaminosi più comuni d'inverno, questa scoperta, se verrà confermata, potrà avere conseguenze igieniche e anche economiche molto importanti.

II. *Il problema dell'ormone tiroideo.* La tiroxina è un derivato tetraiodato dell'ossifeniltirosina. Lo jodio della tiroide è repartito fra due sostanze, la tiroxina (frazione jodata solubile negli acidi) e la diiodotiroxina (frazione insolubile).

Le relazioni fra tiroide e tiroxina hanno molti punti misteriosi. Non è ancora certo che tutti i principii attivi della tiroide siano jodati. Si constata in effetti che, per una stessa proporzione di jodio, la tiroide è più attiva della tiroxina.

La comparazione qualitativa fra tiroide e tiroxina è molto complessa a causa del numero molto elevato di proprietà diverse possedute dalla tiroide: eccitazione del midollo osseo con aumento dei globuli rossi e delle forme giovani dei leucociti, accelerazioni della velocità di sedimentazione, aumento della serina del siero, diminuzione delle riserve di glicogeno e accelerazione del consumo dei grassi, aumento della labilità dell'ossiemoglobina, accelerazione della velocità di circolazione e del volume del sangue, impossibilità di resintetizzare il glicogeno a partire dall'acido lattico, aumento della pressione differenziale, azione sulla pigmentazione, potere antitossico.

Gli esperimenti sono d'accordo per consi-

derare che vi è identità su alcuni punti. Sul metabolismo basale, l'identità degli effetti sarebbe rimarchevole. Nonpertanto si trovano delle differenze che possono essere attribuite alla presenza nella tiroide di costituenti ancora mal conosciuti e che forse fanno parte integrale dell'ormone. Abelin spiega una parte di queste differenze facendo intervenire la jodotirosina, alla quale egli attribuisce un compito importante.

Si è cercato pertanto di estrarre dalla tiroide un prodotto che sia più fisiologico della tiroxina. Blum, con il metodo dei frazionamenti multipli ha isolato l'elitiran che contiene 80 volte meno jodio della tiroxina. Ma la sua attività sul metabolismo basale è tale che, per una stessa quantità di iodio, esso è dieci volte più attivo della tiroxina.

La tireoglobulina, isolata da Oswald, è ugualmente più attiva della tiroxina sul metabolismo basale. Le differenze sono meno marcate se, al posto della tiroxina racemica, si utilizza la tiroxina levogira.

Tutte queste difficoltà portano a pensare che la tiroxina non possa essere considerata un ormone. Deve trattarsi di una sostanza che fa fisiologicamente parte di un complesso di cui tutti gli elementi non sono conosciuti.

III. *Ormoni e vitamine liposolubili.* Per gli altri ormoni le nostre conoscenze sono più scarse. Il gruppo meglio noto è quello dei lipoidi, in cui figurano da una parte gli ormoni sessuali femminili e maschili e le vitamine D e A di cui la chimica è molto avanzata.

La vitamina D possiede come la colesterina un sistema di 4 nuclei ciclici. Ma mentre quest'ultima contiene solamente un doppio legame, l'ergosterina ne presenta tre. La vitamina D si distingue dall'ergosterina inattiva semplicemente per la situazione di questi doppi legami che sarebbero spostati dall'irradiazione.

Utilizzando per l'irradiazione dei raggi unicamente inferiori a 2.900, Windans è arrivato ad ottenere una vitamina D^1. D'altra parte il suo allievo Linsert è arrivato ad ottenere una vitamina D^2 che sarebbe ancora più attiva.

Gli ormoni delle ghiandole genitali hanno dei nuclei analoghi.

In questo gruppo rientrano ugualmente la vitamina A e le sue provitamine, il carotene α e il carotene β. Queste sostanze sono state trovate da O. Bailly in proporzione straordinariamente elevata nella cortico-surrenale. La presenza di queste sostanze nella cortico-surrenale è legata ad una funzione. Effettivamente i caroteni sono strettamente apparentati alla vitamina A, ormone di crescenza. Bisogna dunque ammettere che l'organismo animale trasforma i caroteni in vitamina A.

IV. *Ormoni complessi.* L'insulina può essere giustamente considerata come il terzo degli ormoni di cui la costituzione chimica comincia ad essere conosciuta. Si contano nella sua formula 4 e forse 5 aminoacidi. Non sembra possibile ottenere un'insulina veramente pura, cioè un gruppo attivo sprovvisto di proteine. Le proteine interverrebbero come supposto dell'azione ipoglicemizzante. In altri termini, si tratterebbe di un sistema colloidale di cui l'attività risulta dall'unione di una proteina inattiva con una catena ugualmente inattiva. Solo l'associazione di queste due sostanze dà origine al prodotto straordinariamente attivo e specifico che è l'insulina. Si spiega così il fatto che il passaggio attraverso l'intestino renda l'insulina completamente inattiva. Un corpo così complesso non può sopportare senza danno l'azione del succo gastrico e duodenale.

La secretina e la paratormone di Collip rientrano ugualmente in questo gruppo ancora misterioso. Quest'ultima si comporta effettivamente come una proteina in presenza di elettroliti.

Lo stesso probabilmente avviene per gli ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi. Quanto agli ormoni del lobo anteriore, non si hanno nozioni sulla loro costituzione chimica.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Infezione paratifosa nel corso di un morbo di Bang.

(W. HIRSCH. *Klin. Woch.*, 30 luglio 1932).

Se si pensa che non raramente sono stati osservati casi di febbre melitense con contemporanea sovrapposizione di una infezione tifoidea, viene spontanea la domanda se sia possibile una simile infezione mista anche nel corso di un morbo di Bang. Questa eventualità viene confermata dai due casi descritti dall'A. In un primo caso si trattava di una donna di 39 anni, con splenomegalia, febbre fortemente remittente fra 37° e 39°,6, nella quale l'emocultura all'inizio della malattia rimase sterile mentre la Widal diede positività per il Bang in un primo tempo ad 1:400, in un secondo tempo ad 1:800. La emocultura praticata una seconda volta, durante un forte accesso febbrile, rivelò la presenza di una cultura pura di Paratyphus B Schottmüller: lo stesso germe in cultura pura si ritrovò nelle cavie iniettate con sangue della paziente. Curioso a notare che la Widal fu sempre negativa, durante tutto il corso della malattia, per il paratifo B.

Nel secondo caso si trattava di un ragazzo di 17 anni, in cui la sintomatologia morbosa si iniziò con cefalea, epistassi, tumore di milza e febbre che la mattina era di 37°,5 mentre la sera raggiungeva 39°, 39°,8.

Ricerche sierologiche e culturali negative per il Bang ad 1:3200. La emocultura dimostrò cul-

tura pure di Bang. Praticata un'altra emocultura, più avanti nel decorso della malattia, apparirono culture pure di paratifo B. Il giorno seguente a questa osservazione il quadro clinico cambiò: il paziente accusava dolori articolari e sulla cute comparvero delle tipiche roseole. Qui la presenza della concomitante infezione paratifosa è dunque confermata dal quadro clinico oltre che dal laboratorio.

G. LA CAVA.

Le complicazioni meningee della melitococcia.

(H. ROYER. *Paris Médical*, 1 ottobre 1932).

Le complicazioni meningee della melitococcia possono essere schematicamente classificate in due gruppi. Le une (e non sono le più frequenti) attirano subito l'attenzione del medico sulle meningi, evolvono sotto forma di vere meningiti, e sono le meningiti melitococciche. Le altre, molto più numerose, si esteriorizzano con un quadro meningeo molto discreto nel corso di reazioni midollari, radicolari, cerebrali, mentre la puntura lombare svela una grande reazione albumino-citologica non supposta; si può caratterizzarle sotto il nome di reazioni meningee melitococciche.

A. *Meningiti melitococciche.* Si conoscono attualmente solo sei casi di meningite melitococcica nettamente caratterizzata. La sindrome meningea è generalmente assai tipica. È da notare l'assenza quasi completa di febbre o una febbricola leggera. L'A. segnala l'esistenza in due casi personali di spasmi vascolari cerebrali a tipo di disestesia brachio-facciale con o senza afasia. Le reazioni del liquido cefalo-rachidiano sono intense. Il melitococco è stato trovato solo in tre casi nel liquido cefalo-rachidiano. La guarigione è stata ottenuta in tutti i casi, più spesso con una terapia specifica.

Accanto a questi casi di meningite tipica, si devono segnalare degli episodi meningei, che evolvono nel corso o più raramente all'inizio della melitococcia. Gli uni sono leggeri e passeggeri, caratterizzati da qualche disturbo psichico con cefalea, segno di Kernig, talora leggera linfocitosi ed iperalbuminosi del liquor; gli altri, più rari, che evolvono come una meningite della base.

B. *Reazioni meningee melitococciche.* Se ne possono descrivere tre tipi, assai differenti l'uno dall'altro, per quanto offrano fra loro tutta una serie di termini di passaggio. Delle reazioni meningee intense l'A. ha osservato nel corso di sindromi cerebrali o di sindromi medulloradicolari. Esse erano caratterizzate da forte iperalbuminosi e forte ipercitosi, senza alcun segno obiettivo che attiri l'attenzione in modo particolare sulla esistenza di una tale reazione.

Una reazione meningea leggera si ritrova in alcuni casi di radicolite o di nevrite, particolarmente di sciatica, nelle mieliti, nelle lesioni ossee in vicinanza delle meningi.

Infine la puntura lombare fatta nel corso della febbre ondulante banale, in casi che non presentavano il minimo sintomo nervoso, ha permesso all'A. di svelare qualche volta una reazione meningea discreta, che dimostra la relativa affinità del melitococco per le meningi.

La diagnosi dell'origine melitococcica è sopratutto basata sull'anamnesi. Bisogna notare che queste complicazioni sono il più spesso tardive, intervenendo parecchi mesi dopo la guarigione apparente dell'infezione.

Quando la diagnosi sia imprecisa si ricercherà l'agglutinazione del melitococco per opera del liquido cefalo-rachidiano del malato, adoperando la tecnica di Ranque e Senez, che diluiscono direttamente la cultura di *melitensis* nel liquido cefalo-rachidiano, ottenendo così delle precipitazioni che non si hanno con altre tecniche.

La prognosi, assai favorevole nelle meningiti cliniche propriamente dette, che guariscono con la vaccino-terapia e con il trattamento antinfettivo, è più riservata nelle grandi reazioni meningee che accompagnano gli spasmi vascolari cerebrali e le radiculo-neuriti.

C. TOSCANO.

Considerazioni sulla malaria cronica.

(A. F. A. HENRY. *Paris Méd.* 23 luglio 1932).

L'A. osserva che, dopo la guerra si è abusato dei termini di malaria e di malaria cronica, impiegati per le affezioni affatto differenti. Il Rieux sostiene che non vi sia malaria cronica senza successive reinfezioni e che la nozione di malaria vera è legata necessariamente alla constatazione dell'ematozoario nel sangue del malarico. L'A. fa notare che se ciò risponde a quello che si osserva in ambienti non malarici, diverso è il caso degli ambienti coloniali. Le infezioni successive, specie le infezioni miste, costituiscono senza dubbio una causa importante di malaria cronica, ma la malaria cronica, una volta istituitasi può, in certi casi, persistere per lungo tempo senza reinfezioni, se non vien praticato un trattamento razionale. Le alterazioni viscerali e lo stato generale del soggetto hanno a questo riguardo una importanza grande.

L'ematozoario è senza dubbio alla base della malaria cronica, ma esso non appare sempre nel circolo periferico. La nozione di localizzazione parassitaria in un territorio vascolare è essenziale. Esiste uno splacnotropismo di alcune emazie parassitate. D'altra parte la ricerca del parassita sugli strisci di sangue periferico va troppo soggetta agli insuccessi, perchè sia considerata come teste esclusivo della malaria cronica. L'agente della malaria potendo

essere tollerato dall'organismo, la diagnosi di malaria cronica è anzitutto un problema clinico. La sieroflocculazione positiva e la prova terapeutica hanno un grande valore per la diagnosi.

Il trattamento della malaria cronica deve comportare non solamente una medicazione chimica variata ed energica, ma anche l'impiego dell'opoterapia e dei tonici generali e, al bisogno, della climatoterapia e delle cure idrominerali. C. TOSCANO.

La cosidetta malaria chinino-resistente.

(LOP. *Marseille Méd.*, 25 marzo 1932).

Nel 1927 in una comunicazione fatta alla Società di Terapeutica di Parigi, l'autore disse che bisogna talvolta diffidare della pseudo-malaria detta spesso a torto: febbre continua, perchè si tratta spesso di febbre di Malta o di associazione ebertiana-malarica o di sifilide. Egli ne aveva in meno di due mesi osservati tre casi in marinai appartenenti ad un equipaggio, una parte del quale era stata decimata dalla malaria. Dopo un mese di iniezioni di chinino, fu una Wassermann che portò definitivamente la luce. Dopo tale epoca egli ha raccolto ancora tre osservazioni, facendone ancora un'altra che riferisce.

Si tratta di un marinaio di 38 a. giunto a Marsiglia il 18 novembre 1931 insieme ad altri quattro compagni; tutti e cinque erano affetti da malaria. Mentre però gli altri quattro guarirono rapidamente col chinino, il malato in questione non risentì nessun beneficio neppure dalle iniezioni intra-muscolari e endovenose di chinino. Lo stato generale era abbastanza buono ma continuavano netti accessi febbrili intermittenti, senza altri sintomi.

Messo in sospetto dai casi precedentemente osservati l'A., malgrado l'assenza di ulcera o di altri segni, fece fare uno studio completo del sangue del p. Questo mostrò l'assenza di Eberth e di plasmodi della malaria; ma invece una Wassermann nettamente positiva. Il giorno seguente il malato era coperto di una superba roseola. Questa scomparve rapidamente col 914, mentre la temperatura si abbassava fino dal 3° giorno di cura.

Il 10 dicembre il p. poteva considerarsi guarito della *poussée* acuta di sifilide ed il 25 dello stesso mese riprese il suo servizio.

VICENTINI.

Clinica e patologia della parotite acuta.

(SCHMIEDEN-VOSS. *Deutsch. Z. Chir.*, vol. 234, pag. 313).

Il lavoro si prefigge di stabilire le analogie ed i rapporti fra le affezioni acute della parotide e del pancreas, organi che secondo l'opinione formatasi dagli Autori, sono intimamente connessi non solo nella loro morfologia, ma anche nella loro patologia.

Oggetto di questa ricerca comparativa, è specialmente la parotite e la pancreatite acuta.

Nella parotite acuta gli AA. non vedono un semplice processo infettivo contro tale interpretazione parlano molti fatti, l'indipendenza del comparire della parotite con un'origine propriamente infettiva, la concomitanza frequente con la pancreatite acuta, il carattere dei gravi fenomeni generali durante la parotite acuta, che sono analoghi a quelli della pancreatite acuta, e che si possono spiegare con una violenta immissione di tripsina in circolo (o di sostanza analoga da parte della parotite). *Gli AA. ritengono che la base patogenetica della parotite acuta, sia, come per la pancreatite acuta, un processo autolitico, una alterazione primaria del tessuto ghiandolare causata dal prodotto stesso di secrezione della ghiandola.*

Tale patogenesi non esclude naturalmente che possano esistere, e che esista, una vera e propria forma infettiva!

La forma che gli AA. considerano come la più tipicamente autolitica, è quella postoperatoria.

Nella parte speciale del loro lavoro, gli AA. riportano 18 casi di parotite acuta, e citano i casi della letteratura, da cui risulta la frequente associazione della parotite con affezioni di altri organi (orchite!) e specialmente del pancreas, insistono sulla gravità dei fenomeni generali nella parotite acuta grave, e riportano i reperti operatori di alcuni casi operati, in cui, più che un vero e proprio pus, si dava esito ad un liquido denso differenziantesi assai pronunciatamente da pus comune, ricco di sequestri, e ricordante nettamente il liquido a cui si dà esito incidendo un pancreas affetto da « pancreatite acuta ». Inoltre raramente i gangli regionali sono ingorgati.

Riguardo alla terapia della parotite acuta postoperatoria, è difficile determinare l'opportunità, e la data di una incisione, essendo la diagnostica fisica della parotite assai difficile a causa della durezza della capsula. Schmieden usa tuttavia incidere piuttosto presto.

Importante è, come ha dimostrato Umber, sia prima dell'operazione, che come mezzo non operatorio, l'eccitamento della salivazione con farmaci (Neo-Cesol).

Studio Anatomo-patologico. (15 casi). — Notoriamente nella pancreatite acuta si distinguono 2 forme principali, una tipicamente infiammatoria con scarsa, e solo secondaria, alterazione delle cellule, e una forma tipicamente degenerativa, nella quale secondariamente compaiono emorragie e infiltrazioni.

A queste due forme vanno aggiunte, le forme nel corso di infezioni settiche, e quelle per diffusione di infiammazioni del vicinato originantesi gen. da ulcere gastriche o duodenali.

Nelle parotiti gli AA. sulla base del loro materiale, distinguono le stesse forme. Essi hanno notato forme sicuramente infettive, di origine orale, forme metastatiche nel corso di infezioni, e forme trasmesse per infiammazione dei tessuti circostanti.

Infine un gruppo di parotiti, parte primarie, parte postoperatorie, in cui il quadro anatomopatologico è predominato da necrosi, con scarsi fatti infiltrativi. Nelle forme prevalentemente infiammatorie, non si notava invece la presenza di necrosi, che scarsamente, o in piena zona flemmonosa.

Sulla base dei dati clinici e anatomopatologici, gli AA. si credono quindi autorizzati a stabilire l'entità nosologica di una parotite acuta ad origine autolitica, paragonabile alla forma pancreatica, e a stabilire il parallelismo in pat. chirurgica della parotite e di altri organi a s. interna e specialmente del pancreas. Sarebbe interessante, e viene invocato dagli AA, uno studio della questione dal punto di vista fisiologico ormonale. A. CALÒ.

L'etiologia della "Stomatitis aphtosa".

(L. KUMER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 21, 1932).

La *stomatitis aphtosa* dei pediatri, comprende numerosi quadri morbosi, tra cui possono essere distinti i seguenti: 1) Afte comuni: esse insorgono acutamente isolate o in gruppi, le singole lesioni sono profonde, crateriformi, la loro superficie è coperta da una patina giallastra, fibrinosa, aderente, i loro contorni mostrano una zona di aspetto nettamente infiammatorio. La loro etiologia non ci è nota. Esse non sono inoculabili al coniglio.

2) In una seconda forma morbosa, compaiono nel corso di pochi giorni o contemporaneamente numerose ulcerazioni sparpagliate sulla mucosa orale, superficiali, rotonde, del diametro di 2-4 mm.: le singole lesioni risiedono a livello della mucosa o sono un poco più elevate di essa, e mostrano sulla loro superficie un sottile intonaco bianco-grigiastro o giallastro, in parte asportabili; i loro orli sono lievemente infiammati. Talora si arriva a una gengivite diffusa, piorrea alveolare, tumefazione ghiandolare, febbre, e sintomi generali. Tale forma è, almeno nella maggioranza dei casi, trasportabile nella cornea del coniglio e dà tutte le reazioni biologiche (cheratiti, encefaliti) dell'Herpes simplex col quale possiede quindi una completa identità etiologica. L'A. descrive inoltre, come ulteriore tecnica diagnostica, l'inoculazione nella mucosa gengivale, nel coniglio, la quale produce tipiche lesioni e spesso una encefalite erpetica. Tale Herpes simplex atipico, si distingue dall'H. s. tipico per la grandezza delle singole efflorescenze, per la mancanza di aggruppamento e per la diffusione a gran parte della mucosa orale.

L'opinione oggi generalmente diffusa che l'Herpes simplex sia una rarità nel lattante e non sia frequente nel bambino fino ai 4 anni di vita, non è da accettare per quanto riguarda la mucosa orale.

Il nome di *Stomatitis aphtosa* dovrebbe essere sostituito per alcuni casi con quello di *Stomatitis herpetica atypica.*

Secondo le ricerche fin'ora eseguite con inoculazioni in animali anche la *Stomatitis aphtosa* degli adulti dovrebbe talora essere considerata come un *Herpes simplex* atipico.

Nuove ricerche chiariranno se la stomatite che compare epidemicamente abbia qualche cosa di comune con la cosidetta *Stomatitis aphtosa,* come anche se il contagio abbia luogo direttamente da uomo a uomo, o se il latte crudo abbia un ufficio di trasporto.

PUDDU.

MISCELLANEA.

La pubertà.

(W. FALTA. *Wien. Klin. Woch.*, 17 giu. 1932).

La pubertà è una parte della vita umana, che pur svolgendosi nel corso di pochi anni è di enorme importanza per quello che sarà la essenza futura dell'individuo.

Tutto quello che in noi è allo stato potenziale, tutto ciò che i nostri antenati hanno a noi trasmesso, sia fisicamente che psicamente, viene in questo breve spazio di tempo al suo completo sviluppo. Per poter conoscere questo periodo dello sviluppo dell'individuo bisognerebbe poter essere allo stesso tempo non solo fisiologo, patologo e medico ma anche igienista, pedagogo, psicologo e studioso di scienze sociali.

Ciò che caratterizza la pubertà è principalmente la produzione e la emissione di cellule atte alla riproduzione. Questo momento, che coincide nell'uomo con la prima polluzione e nella donna con la prima mestruazione, non deve essere considerato come l'inizio della pubertà, ma come segno di una relativa maturità delle ghiandole germinali: la pubertà era già cominciata da molto tempo. Se si fa un confronto fra l'età in cui l'uomo diventa atto alla riproduzione e quella in cui lo diventano i vari animali, anche in rapporto alla durata della vita di ciascuno di essi, si vede che nell'uomo il periodo pre-riproduttivo è molto più lungo che negli animali: ciò può spiegarsi teleologicamente pensando che sia necessario nell'uomo un maggiore sviluppo cerebrale prima che egli giunga alla riproduzione.

Altri fattori importanti che caratterizzano la pubertà sono: lo sviluppo corporeo rapido, la formazione del carattere sessuale, la evoluzione psichica.

A seconda dei momenti in cui questi vari fattori si mostrano più accentuati, la pubertà è stata divisa in tre periodi:

1) *la pre-pubertà* (pubescenza secondo Biedl) dall'inizio dello sviluppo rapido fino alla maturità delle ghiandole germinali;

2) *l'alta pubertà* fino al completo sviluppo del carattere sessuale;

3) *l'adolescenza* fino alla completa maturità fisica.

Prima della prepubertà si ha l'infanzia, dopo l'adolescenza si passa alla maturità.

Il rapido sviluppo corporeo che si ha nella età prepubere e che viene a corrispondere (con variazioni più o meno notevoli a seconda delle razze) all'11°-12° anno, appare anche più accentuato in quanto succede ad un periodo di arresto dello sviluppo (dagli 8 ai 10 anni) come se l'organismo avesse voluto prepararsi alla tempesta della pubertà.

Questo rapido sviluppo si manifesta con l'aumento sia in lunghezza che in peso: molto importanti sono i cambiamenti che si notano a carico del bacino.

Fino al 10° anno le differenze fra bacino maschile e bacino femminile sono ben lievi: le differenze cominciano dal 10° anno e si accentuano al 14°-16° anno: è specialmente il bacino femminile che si modifica: il promontorio si spinge più accentuatamente in avanti, l'osso sacro aumenta in larghezza e lunghezza, l'ingresso del bacino si allarga: è così che il bacino femminile acquista la sua forma caratteristica. Anche il volto cambia: in ambedue i sessi si ha un maggiore sviluppo delle parti più prominenti (naso, processi sopraorbitari, ossa zigomatiche, mento) ed il profilo diventa così più tagliente.

È anche da rilevare che durante la pubertà, l'ampiezza di variazione dello sviluppo nei diversi individui è molto più accentuata che nell'infanzia, e cioè che, mentre in quest'ultimo periodo le differenze individuali nello svíluppo in lunghezza e nelle proporzioni dello scheletro sono relativamente lievi, nella pubertà invece queste differenze hanno la loro massima estrinsecazione.

Ma la fine della pubertà non vuol significare la fine dello sviluppo corporeo: la donna continua a svilupparsi fino al 18° anno, l'uomo fino al 23°: ne deriva come conseguenza che nell'uomo la lunghezza e la larghezza del corpo è, proporzionatamente al tronco, più grande che nella donna. Con lo sviluppo in lunghezza delle ossa, va di pari passo lo sviluppo in spessore di esse: rapido è lo sviluppo dei nuclei ossei, più lento il saldamento delle epifisi. Accanto allo sviluppo osseo procede lo sviluppo di altri organi: anche qui si notano forti differenze a seconda dei sessi. Il sottocutaneo ad esempio, che si sviluppa poco negli uomini si sviluppa molto di più nella donna, dando la caratteristica femminilità delle forme: il contrario avviene per la muscolatura.

Il periodo dell'alta pubertà è caratterizzato dalla maturità delle ghiandole germinali e dallo sviluppo dei caratteri sessuali primarii e secondari: particolarmente importante è lo sviluppo degli organi genitali, che è raggiunto attraverso varie tappe nell'uomo secondo il seguente ordine (Rosenstein): 1) ingrossamento dei testicoli; 2) ingrandimento della circonferenza del pene; 3) apparizione di peli nella regione genitale e sul labbro; 4) cambio nella voce e comparsa di peli nelle ascelle; 5) formazione di spermatozoi.

Nelle fanciulle la circonferenza dell'ovaio aumenta, fra l'11° e il 20° anno di vita, di circa tre volte: pur nondimeno molti ovuli vanno perduti. Si calcola che mentre nella neonata l'ovaio contiene da 40.000 a 50.000 ovuli, a 10 anni se ne contano circa 20.000 e a 17-18 anni ne restano solo da 5000 a 7000.

Con l'inizio della pubertà comincia la maturazione dei follicoli: al 13° anno i follicoli contengono già le cellule del Sertoli.

L'utero, sino al 10° anno, cresce di poco: in seguito prende uno sviluppo enorme sì che al 20° anno è aumentato di ben sette volte. Frattanto il clitoride è divenuto erettile, le ghiandole di Bartolini cominciano a secernere, al posto della flora preesistente (cocchi) subentra la flora vaginale bacillare, la reazione della secrezione vaginale diventa più fortemente acida. Tutte queste variazioni si hanno già dopo la prima mestruazione.

Il seno comincia a svilupparsi al 10°-11° anno. Stratz distingue quattro stadi: 1) lo stadio del capezzolo, in cui lo sviluppo è limitato solo ad esso; 2) lo stadio della gemma; la mammella si arrotonda e il capezzolo si spinge in fuori; 3) il seno è sbocciato, lieve incurvamento della mammella; 4) il seno è maturo: l'incurvamento è un po' più accentuato e trascina con sè parte della ghiandola mammaria.

Al 14° anno appare una maggiore pigmentazione nelle ascelle, nel perineo e sul capezzolo: questa pigmentazione dipende direttamente dalla funzione delle ghiandolele germinali, in quanto manca nei casi di aplasia delle ovaia. I caratteri sessuali secondari si susseguono poi secondo l'ordine seguente: 1) arrotondamento delle anche; 2) sviluppo della mammella; 3) sviluppo dei peli sui genitali; 4) sviluppo dei peli sotto le ascelle.

Quest'ordine di sviluppo non è assoluto, ma possono aversi interferenze notevoli.

Accanto alle ghiandole germinali anche le ghiandole sanguigne subiscono durante la pubertà un notevole sviluppo: così è per l'ipofisi, per la tiroide (che si sviluppa molto di più nella donna che nell'uomo e i cui rapporti con il ciclo sessuale femminile sono noti fin dall'antichità) per i surreni, per la perineale. In tutt'altro modo si comporta il timo: quest'organo che al 10° anno raggiunge il massimo del suo peso, al 20° anno è già in piena involu-

zione. Anche l'apparato linfatico subisce nell'infanzia avanzata e durante la pubertà una certa involuzione.

Riassumendo si può dire che con l'inizio della pubertà l'organismo fa un salto in avanti nello sviluppo. sviluppo che involge non solo le gonadi e i caratteri sessuali primari e secondari, ma con essi l'organismo tutto.

Lo sviluppo psichico merita una trattazione completamente a parte, tanto esso è vasto e pieno di mistero. G. LA CAVA.

Velocità di riassorbimento degli edemi provocati.

(G. SALVIOLI e S. QUADRI. *Arch. di Patol. e Clin. Medica*, febbraio 1931).

Quando si provoca un edema localizzato mediante l'applicazione di ventosa, entrano in gioco quali fattori determinanti da una parte la stasi, dall'altra la diminuzione della contropressione dei tessuti sui vasi. Con la ventosa di Riva-Rocci, Frontali ha ottenuto nelle nefrosi un ponto pallido della grandezza della ventosa e indubbiamente costituito da un piccolo edema localizzato; questo edema si produceva già con basse depressioni, mentre non era possibile produrne uno simile in soggetti sani, anche con depressioni molto superiori, tali da raggiungere il limite della resistenza capillare. Quest'ultimo fatto è stato confermato dagli AA. i quali hanno però visto che diversamente si comporta, alla prova della ventosa la superficie esterna del padiglione auricolare. Applicando una piccola ventosa su questa zona gli AA. hanno potuto osservare che, anche in soggetti sani, variando caso per caso il tempo di applicazione della ventosa e la intensità della depressione, è quasi costantemente possibile produrre un piccolo ponfo rilevato sulla superficie cutanea che, per il suo aspetto pallido e per i dati rilevabili all'esame capillaroscopico, deve interpretarsi come un piccolo edema. Tale comportamento della cute in questa particolare sede è dovuto precipuamente alle condizioni anatomiche ivi esistenti. Infatti la scarsezza del tessuto sottocutaneo rende in questa regione il derma quasi aderente al pericondrio per cui possono rendersi più manifesti anche i più modesti gradi di imbibizione e possono essere impiegate depressioni alte senza arrivare alla rottura dei vasi.

Utilizzando la considerevole resistenza dei vasi capillari della superficie esterna del padiglione dell'orecchio e le favorevoli possibilità di osservazioni macroscopiche e capillaroscopiche di questa regione, gli AA. hanno provocato con l'applicazione della ventosa, un edema localizzato, di cui hanno studiato la particolarità nelle più differenti condizioni. mettendo in rilievo i fatti seguenti:

1) La facile riproduzione del succitato edema ed il suo più rapido riassorbimento nei piccoli bambini delle prime epoche della vita in confronto ai bambini della seconda infanzia ed agli adulti.

2) Le differenze individuali anche in soggetti della stessa età, sia per quel che riguarda il modo di produzione, che il tempo di scomparsa. Tali differenze si debbono riferire a fattori costituzionali individuali.

3) L'indubbio aumento della permeabilità capillare nella glomerulonefrite in relazione forse all'aumentata idrofilia dei tessuti ed alle alterazioni delle pareti dei capillari, alterazioni dimostrate con l'indagine capillaroscopica.

4) Il limite di resistenza capillare sulla faccia esterna del padiglione dell'orecchio si dimostra, con il mezzo d'indagine adoperato dagli AA., alquanto superiore ai dati fin qui conosciuti rilevati su altre parti del corpo e specialmente alla piega del gomito.

Tale aumento di resistenza capillare nella cute ricoprente il padiglione auricolare nella faccia esterna, deve attribuirsi precipuamente al fatto che in questa sede vengono in gran parte evitate azioni lesive, traumatizzanti che si verificano invece nelle zone cutanee lasse che seguono facilmente la trazione della ventosa.

5) Il limite di resistenza capillare nelle glomerulonefriti risulta alquanto abbassato al confronto dei dati normali, in accordo a quanto venne già messo in evidenza da altri autori.

6) La lieve diminuzione di persistenza del ponfo nelle malattie infettive acute con iperpiressie, che gli AA. credono possa spiegare l'aumento dell'idrofilia dei tessuti e la diminuzione della diuresi; fatti che gli AA. mettono essenzialmente in relazione con il fenomeno febbre. C. TOSCANO.

I diversi aspetti dell'ascite libera.

(A. SCHWARTZ. *Paris Méd.*, 13 agosto 1932).

Secondo che l'ascite ha un'evoluzione lenta o rapida, secondo la quantità di liquido che distende la cavità addominale, l'aspetto del ventre cambia.

Quando l'ascite è di abbondanza media, il malato ha un ventre disteso, ma inegualmente disteso. I fianchi sono svasati, per il peso del liquido che vi si accumula, mentre la parte mediana dell'addome è occupata dalla massa del tenue. È la forma del ventre che è stata chiamata « ventre batraciano ».

A questa forma si oppone quella che realizza la cisti ovarica. In questo caso il ventre è sporgente in avanti.

Quando il ventre contiene una grande quantità di liquido, esso è uniformemente e regolarmente disteso. È un grande pallone che non ha più nulla del ventre batraciano. Si ha ottusità dapertutto. L'ombelico è prominente, vi è circolazione collaterale. Se questo ventre non ha più la forma del ventre batraciano, ne conserva però un ricordo, dato che l'ascite, essen-

dosi sviluppata lentamente, ha in primo tempo disteso e svasato i fianchi.

Un terzo aspetto è realizzato da un'ascite ad evoluzione rapida, sopratutto in soggetti giovani. In questo caso il liquido estremamente abbondante riempie e distende tutta la cavità addominale, determinando ottusità dapertutto, ed una ottusità fissa, che non si sposta con i cambiamenti di posizione del malato. Vi è anche qui fluttuazione evidente, ma il ventre non è più regolarmente disteso, con svasamento dei fianchi. Il liquido non ha avuto tempo di distendere i fianchi e si è in totalità portato in avanti, cosicchè l'addome assume una forma simile a quella realizzata dalla cisti ovarica. Ma una cisti ovarica così grossa non può evidentemente essersi sviluppata in qualche mese. Inoltre c'è qualche sfumatura che differenzia questo terzo tipo di ventre da liquido libero endoaddominale dal ventre della cisti ovarica: i fianchi non sono svasati come nella ascite tipica, ma sono un po' sporgenti, il ventre non ha insomma la forma a cupola regolare della cisti ovarica. C. Toscano.

Contributo alla conoscenza del morbo di Kümmel.

(G. Moschetta. *Giorn. di Med. Milit.*, giugno 1932).

L'argomento delle artriti post-traumatiche ed in particolar modo del morbo di Kümmel va sempre più acquistando interesse sia dal lato clinico che medico-legale. Da quando Kümmel (1891) descrisse la malattia che porta il suo nome, numerosi lavori sono stati pubblicati sull'argomento. Da alcuni si nega tale affezione, da altri la si afferma, e nella maggioranza si manifesta discordanza sulla sua etiologia.

Il Kümmel descrisse tale affezione nel 1891 quale una successione morbosa post-traumatica e, in principio, pensando che vi fosse troppa sproporzione tra una frattura sia parziale che totale della vertebra ed esito, ammise, quale causa dell'osteite rarefacente e dell'atrofia del tessuto spugnoso, con conseguente erosione asettica delle superfici articolari del corpo vertebrale, dei piccoli fatti contusivi, producenti uno squilibrio nella nutrizione delle vertebre. In questi ultimi anni però il Kümmel ha ripreso in esame l'argomento ed ha modificato le sue idee. Egli dà ora importanza alla compressione determinata dalle emorragie intrarachidee e dalle fratture trabecolari del tessuto spugnoso, alle fessure che la radiografia mette in evidenza, ad una vera frattura per compressione e ad una lesione del menisco intervertebrale.

Il morbo di Kümmel colpisce prevalentemente gli uomini di età piuttosto avanzata, quasi sempre contadini, meno le donne e raramente i giovani ed i bambini. Il trauma, anche lieve, può essere diretto o indiretto.

L'evoluzione della malattia può dividersi in tre stadi. Nel primo stadio si presentano i segni della lesione vertebrale dovuta al trauma. La sede della lesione nel 60 % dei casi è lombare o dorso-lombare. Quando il trauma è stato leggero la sintomatologia può essere molto scarsa e limitarsi ad una dolenzia alla palpazione delle apofisi spinose.

Dopo qualche giorno i sintomi iniziali scompaiono e si ha un periodo di benessere di più o meno lunga durata.

Dopo questo periodo ricompaiono i dolori, le contratture muscolari, il segmento vertebrale colpito diviene rigido, si ha esagerazione dei riflessi con disturbi della sensibilità e la colonna vertebrale si deforma in cifosi o in scoliosi. Queste condizioni possono durare due o tre anni, fino a guarigione clinica praticamente completa; se però le condizioni generali del paziente sono cattive, possono prolungarsi per molti anni.

Quantunque i sintomi clinici della malattia siano caratteristici, pure la diagnosi deve essere corroborata dalla indagine radiologica, che deve sempre essere fatta nelle due proiezioni classiche: antero-posteriore e laterale, tenendo presente che in quest'ultima proiezione si rivelano le vere caratteristiche delle lesioni.

Fra le lesioni vertebrali che vengono in discussione per la diagnosi differenziale, il primo posto spetta alla spondilite tubercolare. Si terrà conto che nel morbo di Pott la rarefazione è molto più manifesta, il risentimento dello stato generale è evidente, la deformazione vertebrale è più spiccata, la guarigione è più lenta. Infine il morbo di Kümmel non dà ascessi ossifluenti.

Nella spondilite post-tifica vi è usura della sostanza ossea del corpo vertebrale come pure del disco, che alle volte può scomparire con fusione di corpi vertebrali vicini. Infine il processo riparatore avviene con l'ossificazione legamentosa. Rara è la presenza di osteofiti che spessissimo si riscontrano nel m. di Kümmel.

Nei tumori della colonna si sentono in genere grossolane zone di distruzione, alcune volte miste ad irregolari processi di riparazione o di ossificazione.

Nella sifilide si ha abitualmente prima una distruzione ossea provocata dalla gomma e poi una proliferazione molto intensa di tessuto osseo neoformato: prevale quindi la iperostosi, con parziali eburneizzazioni da addensamento.

Nella cifosi eredo-traumatica, che colpisce individui con tendenza ereditaria alla cifosi, la deformazione è molto più pronunziata che nel m. di Kümmel.

Dal punto di vista medico-legale il m. di Kümmel ha originato molte discussioni, e da molti tutt'ora si domanda se la malattia sia indennizzabile o meno. La presenza del nesso causale fra trauma ed affezione rende necessario l'indennizzo.

C. Toscano.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. COSTANTINI e M. REDAELLI. *Atlante clinico-radiologico della tubercolosi polmonare.* Bologna, Stabilimenti poligrafici riuniti, 1932. Prezzo L. 125.

La letteratura medica italiana si arricchisce in questi giorni di un nuovo libro, edito dalla solerte Casa « Stabilimenti poligrafici riuniti di Bologna » e pubblicato dai due valorosi tisiologi G. Costantini e M. Redaelli, i quali sia nel campo clinico che radiologico e chirurgico della specialità hanno accumulato un prezioso materiale di osservazione portando il frutto della propria vasta esperienza e di molteplici indagini originali maturate attraverso un decennio dedicato interamente allo studio dei problemi clinico-sociali della tubercolosi. Ma questo volume esce dalla cerchia delle usuali monografie e riveste le eleganti spoglie di un atlante clinico-radiologico, ricco di 438 figure nitide, ben riprodotte, in gran parte corredate da notizie anamnestiche e oggettive e accompagnate da una succinta, ma chiara esposizione della materia tisiologica moderna. Esso quindi giunge a buon punto in mezzo al fervore scientifico che da qualche anno ha pervaso le scuole cliniche italiane, suscitando con la ambita collaborazione dei nostri Maestri la creazione di eccellenti opere di medicina interna in generale e di tisiologia in ispecie, e colmando una lacuna esistente, di fronte alla letteratura francese e tedesca. Già nella monografia di Vittorio Maragliano che fa parte del trattato di Devoto, in quella magistrale di Micheli in « Medicina interna » del Ceconi, gli aspetti radiologici della tubercolosi polmonare erano ben documentati da numerosi *clichés* radiografici e l'argomento sviscerato sotto il punto di vista clinico-radiologico; ma mentre in essi, come è logico, la parte iconografica, pure essendo *importante* per avvalorare e rendere più comprensibile la descrizione dei processi morbosi, tuttavia non è *essenziale*, nell'atlante la figura costituisce l'*elemento principe*, per cui si esige una riproduzione tecnicamente ottima e ricchezza di esemplari casuistici. E che la pubblicazione di simili opere sia utile ed istruttiva in pratica, ci viene confermato dall'esperienza tisiologica la quale ci dimostra sempre più come l'imagine visiva di un fenomeno, ad esempio di un pneumotorace, si imprima più facilmente nella memoria che non un'accurata descrizione di essa, sicchè molte volte la storia di un malato ci balza viva alla mente dal ricordo di una o di più radiografie; inoltre, non v'ha dubbio, specie per chi non eserciti in un grande centro sanatoriale e non disponga quindi di una larga esperienza in proposito, che il confronto dei casi clinici personali con una buona radiografia tipo possa essere di utile complemento diagnostico, prognostico e terapeutico.

Un altro pregio dell'atlante è quello di avere un indirizzo unico clinico-radiologico; chi scrive ha già avuto occasione più volte (nel suo lavoro sull'infiltrato precoce e nella relazione sull'infezione tub. primaria svolta al congresso di Bari) di protestare contro la funesta tendenza di voler considerare i problemi di clinica e patogenesi tisiologica sotto un aspetto unilaterale, ora radiologico, ora funzionale, ora anatomico, mentre è solo dalla conoscenza completa e dallo studio seriale sistematico clinico-radiologico e anatomico dei singoli casi che possano scaturire i dati più veri, la soluzione di annosi e tormentati quesiti.

Nell'esposizione dei casi è lodevole lo sforzo degli AA. di voler conservare il sano indirizzo clinico che deve essere sempre il dominatore e propulsore dell'intero sistema, anche in un'opera ad intendimento radiologico; solo lo scrivente deve dissentire da alcune opinioni espresse dagli AA. e già note agli studiosi italiani, che riguardano il significato del complesso primario, la genesi dell'infiltrato precoce e in genere della re-infezione dell'adulto (molti infiltrati juxta-ilari riportati sull'atlante possono appartenere all'apice dei lobi inferiori e andrebbero convalidati nella loro sede da radiografie laterali ed oblique!); ma si tratta di opinioni personali che non disturbano gran che le deduzioni pratiche di diagnosi e terapia.

La divisione dei quadri patologici, senza essere schematica e teorica, è moderna e razionale; ai capitoli sul radiogramma normale, sul lobo accessorio della vena azigos, sulle coste spurie segue una bella serie di radiografie di complessi primari calcificati e di adenopatie; vengono poi le descrizioni dei processi prevalentemente essudativi (infiltrati, scissuriti e periscissuriti, lobiti, broncopolmoniti) e produttivi (tubercolosi miliare e nodulare, fibrosi, fibrotorace, calcificazione polmonare).

Un quarto gruppo è dato dalle caverne, dalle bronchiectasie senza o con mezzi di contrasto, dalle pleuriti e pleuro-corticaliti. Una larga messe di radiografie documenta poi i vari aspetti del polmone sottoposto a collasso-terapia (pneumotorace, ernie mediastiniche, aderenze pleuriche in pneumotorace, operazioni di Jacobeus, frenicoexeresi, apicolisi con piombaggio, toracoplastica) tra cui vanno segnalati un originale *cliché* di Redaelli di pleurolisi intrapleurica e varie convincenti figure di toracoplastica totale alla Sauerbruch.

Da ultimo vengono i processi di guarigione, l'ascesso gangrenoso, la pneumoconiosi, i tumori polmonari e mediastinici, un rapido cenno al cuore dei tubercolosi.

I migliori auguri, quindi, al neofita della letteratura medica italiana perchè raccolga il più lusinghiero successo che valga a compensare le improbe fatiche di compilazione e di pubblicazione.

A. OMODEI ZORINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. LANGERON. *Les troubles vaso-moteurs des extrémités.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 18.

L'A. espone la fisiopatologia e la clinica dei disturbi vaso-motori delle estremità che sono manifestazioni dipendenti da un'alterazione locale del circolo arterioso ed arteriolo-capillare.

Ne analizza i sintomi ed il loro modo di produzione, ne descrive le principali forme cliniche.

Il capitolo terminale è dedicato alla terapia.

DR.

P. GILLET. *La sympathicothérapie.* Editore Doin, Parigi. Fr. 32.

La simpaticoterapia in fondo non è che reflessoterapia. Per il dottor Gillet l'eccitazione del simpatico nasale e rettale è capace di guarire una gran quantità di malattie: l'asma, l'angoscia, le cefalee, le vertigini, l'angina pectoris, le nevralgie, e perfino l'atassia tabetica e le paralisi organiche.

Malgrado i tentativi d'interpretazioni scientifiche, si rimane sempre nell'empirismo e non sempre di buona lega. DR.

L. BRAUN. *Herz und Augst.* Editore Deuticke, Vienna. Prezzo M. 6.

Interessante studio medico-psicologico sugli effetti della paura sul cuore e sull'importanza della funzione cardiaca nel determinismo della paura. *g. d.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

I° Congresso della Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi.

(Aquila, 25-27 settembre 1932).

Riassunti delle relazioni

Epatocolangiti subacute e lente.

D'ANTONA LEONARDO (Siena). — L'O. esordisce ricordando come il problema della infezione non purulenta delle vie biliari liberamente pervie avesse già da tempo richiamato l'attenzione di clinici e patologi e che la colangite pura di Naunyn, altro non è che un ulteriore sviluppo del concetto della sepsi biliare protopatica quale è stato svolto dal Dupré nella sua ben nota tesi sulle infezioni biliari.

Per le infezioni delle fini vie biliari intraepatiche, dati gli intimi rapporti esistenti tra queste vie ed il parenchima epatico, più che di colangite deve parlarsi, d'accordo con D'Amato, di epatocolangiti, nome che meglio sta ad indicare la partecipazione al processo non solo delle vie biliari ma anche del tessuto epatico stesso. È probabile che, come sostiene Umber, parte dei casi di cosidetto ittero catarrale non siano altro che forme acute benigne di epatocolangiti, come è probabile che queste possono talvolta passare al quadro più grave dell'atrofia giallo-acuta.

Più delle forme acute appaiono interessanti le forme di epatocolangiti che assumono un decorso cronico recidivante oppure delle sepsi croniche. È ancora discutibile se possa parlarsi di una forma lenta di epatocolangite nel senso stretto voluto da Schottmüller, perchè al germe riscontrato nei casi descritti con questo nome non tutti riconoscono i caratteri del *viridans.* È probabile che il particolare andamento della infezione in questi casi più che con le caratteristiche del germe sia in relazione con le particolari modalità di infezione e specialmente con il particolare stato allergico dell'individuo. Pertanto deve ritenersi che le epatocolangiti croniche e lente non rappresentino una unità etiologica ma solamente clinica.

Il substrato anatomo-patologico di queste forme è rappresentato da alterazioni infiammatorie non purulente che colpiscono contemporaneamente ma in grado vario sia le vie biliari intraepatiche che il tessuto epatico stesso. Il vario grado di lesione è in rapporto in gran parte con lo stadio in cui la lesione viene sorpresa, prevalendo negli stadi iniziali le lesioni delle vie biliari (1° stadio o colangitico), negli stadi più avanzati quelle del parenchima epatico (2° stadio, epatitico).

Le epatocolangiti croniche e lente pur non presentando sintomi per sè stessi patognomonici costituiscono una entità clinica per lo più facilmente individuabile. I sintomi cardinali sono rappresentati da febbre, ittero, epatosplenomegalia, dei quali l'O. descrive le caratteristiche più importanti. A questi si aggiungono in vario grado disturbi dispeptici della crasi sanguigna e negli stadi terminali non raramente ascite, ecc.

Per quanto le epatocolangiti rappresentino una entità clinica di solito ben differenziale da quadri analoghi, la loro diagnosi deve essere attentamente vagliata specie in rapporto alle infezioni biliari da occlusione (in particolare calcolotiche), ad alcune forme di sifilide splenoepatica, alla epatite di Hanot, ecc. delle quali l'O. passa a discutere i principali criteri diagnostici differenziali.

Per quanto riguarda la terapia questa deve essere anzitutto dietetica, prevalentemente a base di idrati di carbonio. Una utile applicazione trova la terapia glucosio-insulinica purchè attuata secondo giuste direttive. Il trattamento dietetico sarà coadiuvato dalla terapia medicamentosa tendente ad attivare il deflusso biliare a mezzo dei coleretici e colagoghi e del sondaggio duodenale. Utile anche la terapia idrica con acque del tipo di quelle di Chianciano.

Anche l'intervento chirurgico può in determinati casi essere preso in considerazione, per quanto nelle forme lente nelle quali l'infezione si annida intimamente nella compagine dell'organo i risultati siano molto dubbi, come del resto raramente il nostro intervento riesce ad arrestare il fatale progredire della malattia che conduce all'*exitus* con il quadro abituale delle sepsi croniche, quando questo non avvenga per complicanze, come spesso succede.

Discussione: Prof. GASBARRINI, dottori MARINUCCI, ALBERTI, PICCINELLI.

Etiologia e profilassi della tubercolosi.

PETRAGNANI GIOVANNI (Siena). — L'O. inizia col ricordare le prime ipotesi di Aristotile e Galeno

sulla natura contagiosa della tub. sviluppata poi validamente in Italia da Girolamo Fracastoro, Paolo Zacchia, G. B. Morgagni, Antonio Cocchi che ne ispirarono le prime norme legislative nel campo della difesa sociale sancite dalla Repubblica di Lucca (1689) e poi dai Governi di Firenze, Venezia, Bologna, Napoli.

Parla delle prime prove sperimentali di G. A. Villemin (1865) sulla infeziosità dei materiali tub. e della scoperta del bacillo del tubercolo dovuta a R. Kock (1882).

Tratteggia i caratteri di questo germe e si sofferma ai metodi di colorazione, di omogeneizzazione, di arricchimento, alla cultura del b. di Koch e ai reali vantaggi portati dai terreni elettivi alla diagnosi di laboratorio.

Discute dell'ultravirus tubercolare mettendo in evidenza i punti deboli della dimostrazione datane fin oggi, ed alla luce delle più recenti ricerche illustra la effettiva importanza della sorgente bovina nella infezione tubercolare umana.

Rifacendosi a studi vecchi e recenti nega l'esistenza di una ereditarietà dell'infezione tbc. intesa in senso stretto, come pure dimostra priva di base l'ipotesi di una eredo-predisposizione, intesa come tara ancestrale, ma pur attraverso possibili distrofie congenite, caldeggia l'ipotesi della eredo immunità con argomentazioni d'indole biologico-sperimentale e statistico-sociale.

Parla quindi della vaccinazione antitubercolare rivendicandone la paternità al nostro Maragliano. Discute dei vaccini vivi e morti, delle modalità della vaccinazione e della sua limitata possibilità d'azione perchè afferma la tbc. non può essere considerata da un lato strettamente specifico trovando le sue radici nell'intima struttura della società umana. Sarebbe opera ben vana sperare di poter debellare la tubercolosi chiudendosi nei nostri laboratori per la ricerca del miglior vaccino o nelle cliniche ad escogitare la miglior cura del tubercoloso. Essa rinascerebbe parimenti funesta dalle folle agglomerate negli angusti quartieri cittadini, dagli alveari dei lavoratori mal protetti, dalle file dei borghesi e dei ricchi troppo spesso organicamente deboli.

La lotta contro la tubercolosi esige il miglioramento della razza attraverso il miglioramento dell'ambiente di vita. Dagli studi che da ogni parte del mondo civile sono stati condotti risulta in modo chiaro che la tubercolosi è malattia precipua degli uomini che vivono agglomerati, senza il presidio di idonee previdenze e provvidenze igienico-sociali. Documenta con dati statistici la fondatezza di queste affermazioni e ne vede il rimedio oltrechè in una congrua vaccinazione nelle leggi fasciste per il miglioramento dell'ambiente e della razza e poi in quelle a carattere nettamente specifico (legge 23 giugno 1927 e legge 27 ottobre 1927). Illustrando queste trova modo di tratteggiare la multiforme attività dei Consorzi Antitubercolari e dei Dispensari e l'opera dei vari Istituti di prevenzione e degli stabilimenti di cura sanatoriali e post-sanatoriali.

Discussione: Prof. COLELLA, dott. PICCINELLI.

Osteomieliti acute *(parte clinica)*.

Prof. CERMENATI ATTILIO (Teramo). — L'O. dopo aver premesso alcune nozioni generali sulle osteomieliti, soffermandosi particolarmente sulla etiopatogenesi e sull'anatomia patologica del processo morboso, entra a parlare della diagnosi sulla scolta della casistica personale comprendente 73 casi osservati nel periodo dal 1926 al 1932. A scopo essenzialmente espositivo l'O. distingue le seguenti forme:

1) forme acute di estrema gravità;
2) forme acute di media gravità;
3) forme prolungate o ad andamento cronico fin dall'inizio;
4) esiti lontani di osteomieliti acute.

Di ognuna di queste forme tratta della sintomatologia clinica, soffermandosi specialmente sul 3° gruppo, mettendo in rilievo la facilità con cui queste forme vengono nella pratica scambiate per lesioni tubercolari.

Dopo un'ampia e dettagliata rassegna di diagnostica differenziale l'O. affronta il problema terapeutico, domandandosi anzitutto se l'osteomielite può guarire spontaneamente senza alcun trattamento. Sebbene tale evenienza sia eccezionale e limitata a forme subacute benigne l'O. ne afferma la possibilità anche in seguito, a qualche caso personale. Passando poi alla cura operatoria della osteomielite l'O. distingue e discute il trattamento che deve essere istituito nella fase acuta, quello che si deve fare nella fase di osteomielite prolungata e quello con cui si provvede agli esiti lontani della malattia.

L'intervento nella fase acuta deve essere praticato il più presto possibile, precocemente. Qui l'O. analizza i vari procedimenti operatori impiegati e cioè la semplice incisione della raccolta suppurativa periostale, la osteotomia con scavazione della spongiosa o l'apertura del canale midollare, la resezione.

In rapporto al quesito se nella fase acuta del processo morboso è sempre necessario procedere alla trapanazione dell'osso o può essere sufficiente la semplice incisione della raccolta periostale, l'O. si dichiara favorevole ad una condotta di prudenza armata quando non vi sono segni evidenti di infezione del canale midollare, e cioè evacuare inizialmente il pus peri e paraostale e vedere come si modificano le condizioni generali e locali del paziente. Se queste migliorano l'attesa continua, altrimenti si interviene radicalmente.

Per la resezione l'O. ritiene questo procedimento operatorio come metodo di eccezione, riservato a casi particolari, che non deve essere generalizzato.

Parla quindi del trattamento delle osteomieliti prolungate e di quelle croniche fin dall'inizio, fermandosi sulla sequestrectomia e sui processi di riparazione delle grandi cavità residuali.

Accenna al trattamento degli esiti lontani delle osteomieliti, tratta rapidamente della vaccinoterapia nelle osteomieliti acute; e infine aggiunge pochi cenni sulle osteomieliti dei mascellari consecutive a carie dentarie.

Osteomieliti acute *(parte radiologica)*.

Dott. MUZII MARIO. — L'O. dopo aver ricordato le alterazioni fondamentali che dal punto di vista radiologico possono riscontrarsi nell'osteomielite acuta (alterazioni regressive ed alterazioni progressive) afferma anzitutto che prima di un determinato tempo le forme osteomielitiche non sono diagnosticabili con esame radiologico. Nessun sistema purtroppo noi abbiamo per mettere

in evidenza il primo insediarsi della infezione nella compagine ossea, nè abbiamo la possibilità di dire se una confusione dei trabecolati, che è spesso il primo segno radiologico a manifestarsi, sia l'indice di un processo osteomielitico che si inizia ovvero di altra forma morbosa capace di dare lo stesso fenomeno. Nè è possibile precisare in termini fissi il tempo della comparsa dei primi segni radiologici sicuri della osteomielite infettiva, perchè esso è in dipendenza della individualità ed aggressività del germe, di fattori organici di resistenza del soggetto colpito dal male e della sede di insediamento.

L'O. mette in evidenza l'ausilio potente dell'indagine radiologica, la quale pur non potendo nei primi tempi affermare una diagnosi di certezza, può rafforzare potentemente il sospetto diagnostico clinico. L'O. passa quindi a descrivere i quadri radiologici della osteomielite nell'ulteriore evoluzione del tempo, soffermandosi infine a precisare e discutere i caratteri differenziali del processo morboso con i quadri radiologici di altre affezioni ossee.

La relazione è stata illustrata con numerose proiezioni.

Discussione: Prof. BERNABEO, CACCIA, PETRAGNANI, FACCINI, BEDARIDA, SANTORO, MARINUCCI, PICCINELLI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 21 marzo 1932.

Presidente: Prof. DONATO OTTOLENGHI.

La trazione trans-scheletrica col filo nella cura delle fratture.

Prof. V. PUTTI. — La trazione col filo, di cui ora l'O. si occupa, non è che una semplificazione nel modo di applicare la trazione. Il principio del metodo è quello ideato da Codivilla.

Il filo, della lunghezza di 15-20 cm. dello spessore di 1-2 mm., è introdotto nello scheletro per via trans-cutanea in anestesia locale o senza anestesia a mezzo di un perforatore manuale o di altro mosso da motore elettrico. La presa sul filo è fatta da una staffa metallica cui è affidata la trazione a pesi. Il filo viene infisso per le fratture di femore nella metafisi femorale inferiore, per quelle della tibia o attraverso i malleoli o nella regione metafisaria. Nelle fratture di omero si sceglie la regione condiloidea o l'olecrano, in quelle dell'avambraccio l'epifisi radio-ulnare inferiore. Pesi massimi usati 18 kg. per l'arto inferiore, 10 kg. per il superiore. Nelle fratture recenti la trazione rimane in posto per circa 4-8 giorni. Le deviazioni laterali, che non cedono alla trazione longitudinale, vengono corrette con compressore a vite.

Ottenuta la riduzione l'arto è immobilizzato in apparecchio di gesso nel preciso atteggiamento tenuto durante il periodo di trazione. Semplice la manovra di estrazione del filo.

Osservazione intorno ad una probabile azione antagonista delle radiazioni di diversa lunghezza d'onda sui tumori.

Prof. G. G. PALMIERI, dott. G. PALTRINIERI e G. GIORDANO. — Gli studi recenti condotti nello spettro dell'ultravioletto, con l'uso di opportuni filtri o schermi atti a selezionare, entro limiti abbastanza precisi, le diverse lunghezze d'onda, hanno dimostrato per queste delle azioni veramente specifiche ed anche antagoniste. Così l'eritema si produce per lunghezze d'onda inferiore a 320 $\mu\mu$, con un massimo d'azione intorno ai 298 $\mu\mu$; le radiazioni comprese fra 280 e 290 $\mu\mu$ sono quelle attive per la produzione di vitamine D dall'ergosterina; l'ozono viene formato da radiazioni intorno a 230 $\mu\mu$, mentre viene scomposto da altre intorno a 280 $\mu\mu$. È anche stato dimostrato che le radiazioni di circa 340 $\mu\mu$, previa esclusione delle antagoniste, hanno un'azione stimolante la divisione cellulare.

Fatte queste premesse gli OO. venendo al punto di vista pratico, notano che è prudente attenersi alla regola di applicare la foto- e la termoterapia nelle sole forme tumorali profonde, mantenendo per le forme superficiali il criterio di una vigile attesa, non applicando la foto- e la termoterapia se non al termine del periodo di latenza della reazione terapeutica dei tessuti neoplastici; e questo, salvo i casi in cui non sia urgente, per particolari condizioni di gravità e di radiolesione locale, provvedere ad una riparazione o ad un miglioramento di questa.

Trasfusioni sanguigne ad effetto risolutivo critico in anemia emolitica perniciosiforme.

Prof. A. DALLA VOLTA. — Due trasfusioni di sangue citratato (1100 cc.) sono state sufficenti a ricondurre nello spazio di una settimana la massa globulare d'un soggetto profondamente anemizzato a valori normali. Il vantaggio si è reso in seguito anche più notevole, così da simulare una guarigione clinica.

Il rapido cancellarsi, dopo le trasfusioni, della nota iperemolitica che dominava la sindrome anemica induce l'O. a considerare la pronta risoluzione essenzialmente come il portato di uno shoc inibitorio indotto dal sangue infuso sugli organi emodistruttori.

L'O. si sofferma inoltre sulla natura del processo emopatico in questione, giungendo a classificarlo, per alcuni caratteri fondamentali, quale un esemplare di anemia di Biermer, pur segnalando però come altre caratteristiche e particolarmente l'eccezionale suscettività di fronte alle infusioni ematiche, servono a dare al quadro un'impronta tutta peculiare, scostandolo da quello classico dell'anemia perniciosa.

Le lesioni da incidenti motociclistici.

Dott. A. BONOLA. — Preoccupandosi sopratutto che nel meccanismo di trauma fosse presente il fattore dato dalla velocità del veicolo, l'O. ha raccolto 567 casi di fratturati per incidenti stradali da mezzi di locomozione meccanica.

Nella prima parte della sua comunicazione l'O. si sofferma a parlare delle percentuali con cui tali incidenti occorrono relativamente al mezzo meccanico, dalla sede delle fratture, dei loro caratteri, ecc. e proietta molti radiogrammi illustrativi.

Nella seconda parte l'O. tratta l'argomento dal punto di vista clinico riportando i casi di frattura più interessanti e tipici, soffermandosi sopratutto sulle lesioni del ginocchio e dell'arto inferiore.

Sindrome retro-olivare o sindrome di Wallenberg.

Dott. G. DAGNINI. — Il paziente studiato dall'O. presentava una sindrome sensitiva a sinistra per

gli arti e per il tronco, a destra per la faccia (zona di distribuzione del primo e secondo ramo del trigemino), caratterizzata da una dissociazione di tipo siringomielico (anestesia dolorosa, ipoestesia per il caldo, disestesia per gli stimoli freddi che danno una sensazione di caldo). Completa la sindrome sensitiva una algia del trigemino; una emisindrome cerebellare destra; segni irritativi e paralitici di alcuni nervi cranici, a destra; una sindrome simpatico oculo-pupillare di Bernard Hörner, a destra; ed infine una sindrome di perturbazione delle vie lunghe simpatiche.

Per quanto la mancanza del controllo anatomopatologico renda men valida ogni asserzione, la sindrome clinica ha caratteri sufficentemente tipici per poter essere riferita ad una lesione localizzata nella regione laterale della posizione superiore del bulbo. *Il Segretario*: F. VIGI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 7 settembre 1932.

Presidenza: Prof. DALLA PALMA, vicepresidente.

Dott. F. CUCCHINI. — *Sulle applicazioni meno note della roentgenterapia.*

Sulle emorragie subaracnoidee.

Prof. M. DALLA PALMA. — L'O., dopo aver richiamato l'attenzione sulla relativa frequenza delle emorragie subaracnoidee e sul complesso problema della loro etiopatogenesi, riferisce tre casi in cui il quadro clinico caratteristico (inizio brusco, cefalea, rigidità nucale, Lasègue, contratture degli arti, frequente reazione febbrile...) ha avuto piena conferma in uno dal reperto di autopsia, in tutti poi dal comportamento, alla rachicentesi, del liquido cefalorachidiano: questo in tale forma morbosa si presenta squisitamente emorragico o xantocromico, secondo la distanza di tempo dall'insorgenza della emorragia stessa negli spazi subaracnoidei.

L'enterostomia nell'ileo appendicolare.

Prof. G. PIERI. — Malgrado i progressi in fatto di diagnosi e di operazione precoce nell'appendicite acuta, l'intervento nei casi che si accompagnano a peritonite resta ancora gravato da un'alta percentuale di mortalità; la causa di questa va spesso ricercata nell'ileo paralitico che si stabilisce secondariamente alla peritonite.

L'O. da qualche anno ha adottato in queste circostanze il drenaggio intestinale, che egli esegue divaricando o sbrigliando l'incisione laterale destra e praticando sulla prima ansa del tenue che si presenta una piccola incisione che si drena con una sonda di Pezzer. I fenomeni paralitici dell'intestino di solito cedono rapidamente in seguito al vuotamento di esso.

Per la rapida chiusura (a ileo dileguato) della fistola intestinale che così si stabilisce, gli ha ben corrisposto il tamponamento oleoso (chiusura dell'orificio con una striscia di garza intrisa in olio d'oliva).

L'O. ha riportato l'impressione che questo piccolo intervento complementare nei casi in cui fu da lui praticato abbia salvato la vita di pazienti che sembravano in condizioni disperate. Egli presenta 3 soggetti così trattati.

Sulla possibilità d'interruzione della narcosi avertinica.

Dott. G. LISE. — Riferiti i risultati ottenuti in un numero notevole di narcosi praticate mediante l'avertina e ricordati i vantaggi che dal suo uso derivarono alla pratica della chirurgia, l'O. accenna ai pochi casi, nei quali può sembrare indicato un precoce risveglio od anche una rapida interruzione della narcosi stessa.

Riferisce in proposito i risultati ottenuti in Reparto mediante iniezioni ipodermiche, anche multiple, di coramina (2 centimetri cubici di soluzione al 25 %), secondo le indicazioni di Killian, ed il reperto casuale di azione analoga a quella della coramina, ottenuto mediante iniezioni ipodermiche di cocaina (2 centimetri cubici di soluzione all'1%).

Con entrambe dette sostanze il risveglio fu sempre assai più rapido e mancarono in ogni caso i sia pur lievi fatti di eccitazione e di agitazione, non rari ad osservarsi durante il risveglio normale dalla narcosi avertinica.

Sopra un altro caso di rara calcificazione polmonare.

Dott. F. CUCCHINI. — L'O. presenta due radiogrammi del torace di un paziente, nei quali si osserva nell'emitorace destro, fortemente opacato, un'ombra ovalare a grande asse cranio caudale. Nell'interno di essa si nota la trama polmonare mentre la zona che circonda l'immagine è priva del disegno. Il radiogramma in proiezione obliqua laterale destra fa rilevare, all'altezza circa della quinta costa, una zona triangolare nella quale si scorge il disegno polmonare (e che si vede rischiararsi alla radioscopia durante i colpi di tosse), zona che appare posteriore ed esterna all'immagine ovalare sopra notata.

L'O. raffronta questo singolare reperto con uno molto simile presentato alcuni mesi prima, che ha potuto essere controllato anatomicamente.

In quel caso si trattava di una calcificazione conseguente a ferita penetrante nel torace; nel caso invece osservato ultimamente l'eziologia è molto incerta in quanto il paziente non ha subìto traumi: afferma di aver solo sofferto di pleurite essudativa destra una diecina di anni or sono. *Il Segretario*: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Pseudo-eclampsia da ascaridiasi nei primi giorni di puerperio.

Dott. ANACLETO BERNARDINI
Monte Romano (Viterbo).

L'interesse del caso clinico che mi accingo ad esporre risulta, oltrechè dalla rarità della sindrome nervosa cui ha dato origine una elmintiasi intestinale, anche dalla circostanza, che essendosi essa verificata in donna ai primi giorni di puerperio, ha rivestiti tutti i caratteri della pseudo eclampsia.

Se capita spessissimo di essere chiamati presso bambini per l'infestione ascaridica, più raramente ci è dato di osservarne i danni negli adulti.

In genere nei bambini la sintomatologia dell'elmintiasi è rappresentata da due ordini di fatti: disturbi gastro intestinali e disturbi nervosi.

I primi consistono in dolori epigastrici, nausee, vomito, diarree; i secondi sono vari e si manifestano con prurito quasi costante nasale e periboccale, cefalee, sonni agitati, convulsioni, allucinazioni, sonni paurosi.

Negli adulti invece, eccetto in poche circostanze, la presenza degli elementi nell'intestino, è sopportata senza disturbi notevoli, ed i sintomi nervosi sono delle vere rarità.

Se i fenomeni nervosi poi si dovessero osservare in donne in travaglio di parto o nei primi giorni seguenti, dato il proprio modo di reagire della sostanza corticale ai più svariati stimoli morbosi durante lo stato puerperale, la convulsione dà elminti verrebbe a costituire il quadro clinico della pseudo eclampsia.

Per pseudo eclampsia si suole definire un complesso sintomatico in cui la manifestazione tipica è rappresentata dalle convulsioni che hanno tutti i caratteri clinici della convulsione eclampsica, senza che sia eclampsia propriamente detta.

Si sa infatti come la eclampsia vera sia dipendenza di uno stato tossico di origine placentare e che l'elemento essenziale di essa non è già la convulsione, che ne rappresenta solamente un fenomeno contingente secondario, ma bensì l'intossicazione generale, per il brusco disfacimento dei proteidi negli organi più importanti.

E come può esistere una eclampsia senza convulsioni (eclampsia sine eclampsia), così si possono avere delle convulsioni senza eclampsia (pseudo eclampsia).

La letteratura ostetrica ormai registra numerosi casi del genere nei quali l'attacco convulsivo era determinato dalle più svariate affezioni, spesso riconosciute solo alla autopsia.

Così il caso descritto dal Prof. Pestalozza, in cui al tavolo anatomico si trovò come unica causa delle convulsioni, la presenza di un cisticerco cerebrale.

Halljdai Croni trovò la causa delle convulsioni in un voluminoso tumore del lobo frontale sinistro.

In vita non sempre riesce agevole distinguere la vera dalla pseudo-eclampsia, ma al tavolo anatomico la diagnosi è facile mancando tutte le lesioni emorragiche e necrotiche caratteristiche e ritrovandosi invece qualche altra affezione responsabile dell'attacco convulsivo. In genere si può affermare che quasi sempre la diagnosi di pseudo eclampsia, sia una diagnosi postuma che viene in campo solo quando il tavolo anatomico ha rivelato l'errore.

Oltre a queste convulsioni, a tipo eclamptico, sostenute da lesioni dei centri nervosi e di difficile diagnosi in vita, altri autori hanno pure descritto quelle, nello stato puerperale, legate a cause dietetiche, reumatiche, tossiche. Fra le forme convulsive che possono presentare somiglianza con l'eclampsia, sono così ricordate quelle che seguono talvolta le iniezioni endouterine specialmente di soluzioni feniche.

Per quanto però io abbia fatto ricerche, non mi è stato possibile rintracciare nella letteratura dei casi di pseudo-eclampsia da elmintiasi intestinale, e per questo ho ritenuto di grande interesse il caso capitatomi nella pratica, anche perchè mi pare si presti a delle considerazioni sulla patogenesi dei disturbi nervosi da ascaridiasi.

Si tratta di una donna di 24 anni contadina. Genitori viventi e sani.

Nata da parto eutocico, sofferse i comuni esantemi dell'infanzia: mestruata a 13 anni, le ricorrenze furono sempre regolari per ritmo; qualità, quantità.

Sposata a 22 anni ad un uomo apparentemente sano, dopo un anno di matrimonio rimase incinta. A dire della paziente, la gravidanza si è svolta senza disturbi notevoli; non ha mai notato edemi degli arti inferiori, non fenomeni simpatici e l'esame delle urine, praticato più volte, ha sempre dato risultato negativo per lo zucchero e l'albumina. Ha atteso alle sue faccende fino a due giorni prima che fosse colta dalle doglie, alla fine del nono mese di gravidanza. Giunto prossimo il

parto chiama la levatrice che, esaminata la donna, fa praticare un clistere evacuativo senza notare nulla di particolare nelle feci emesse. La rottura del sacco avviene circa 4 ore dopo l'inizio del travaglio ed il liquido amiotico che ne scola è di circa un litro. I dolori, che subito dopo si sono fatti più intensi, sono andati man mano affievolendosi fino a cessare del tutto, 4 ore dopo la rottura delle membrane. Si attende ancora per altre 2 ore nel completo mutismo delle doglie e finalmente impressionati dalla lunga durata del parto, si decide ricorrere all'opera del medico.

Trovo la donna di aspetto sofferente, dice di sentirsi stanca, è sfiduciata.

Di costituzione scheletrica regolare, statura media, non presenta deformità del sistema osseo ed articolare. Pannicolo adiposo bene sviluppato, masse muscolari toniche. Cuore nei limiti con toni puri su tutti i focolai di ascoltazione.

Nulla di patologico a carico dell'apparato respiratorio.

Maschera gravidica accentuata, mammelle a base ampia, areole fortemente pigmentate, bene evidenti i glomeruli di Montgoméry.

Addome espanso come di gravidanza a termine, cicatrice ombelicale appianata, pelle sottile con traccie di smagliature recenti.

Genitali esterni da primipara ben conformati, cospicuo edema della vulva che si presenta di colorito cianotico, perineo teso prossimo a lacerarsi.

Collo dell'utero risalito, con orificio dilatato per circa 8 centimetri attraverso al quale si percepisce nettamente l'estremità cefalica del feto, fissa all'egresso in presentazione O.I.S.A.

Dato lo stato grave di asfissia che minaccia la vita del feto, rivelato da un battito cardiaco rallentato con percezione di un solo tono, si decide senz'altro di liberare la donna con una applicazione di forcipe.

Senza soverchie difficoltà si riesce ad estrarre un feto di sesso femminile asfittico che si rianima dopo le manovre della respirazione artificiale.

Esso si presenta regolarmente sviluppato, pesa grammi 3200 ed è lungo 50 cm.

Secondamento spontaneo con scarsa perdita di sangue dai genitali.

Non si notano lacerazioni vagino-perineali.

La temperatura della puerpera, presa subito dopo il parto, è di 36 gradi, il polso con 70 battute alla radiale.

I primi tre giorni di puerperio trascorrono nel pieno benessere.

La mattina del quarto giorno vengo chiamato d'urgenza dai famigliari perchè la puerpera ha perduto improvvisamente i sensi ed è caduta in convulsioni.

Trovo infatti la donna a letto incoscente, con il volto trasfigurato, livido, in preda a scosse convulsive toniche cloniche dei muscoli mimici e degli arti superiori.

Le scosse sono violenti, disordinate, spasmodiche; la testa inclinata a sinistra, gli occhi ora ruotano, ora rimangono fissi a pupille dilatate; la mandibola è serrata, la bocca contorta e stirata a sinistra; la lingua, agitata da movimenti rapidi, protrunde dall'arcata dentaria e dalle labbra scola una schiuma siero-sanguinolenta.

Il respiro è superficiale, affannoso; il polso ritmico frequente.

L'accesso dura per circa due minuti, quindi le scosse cessano, il volto si ricompone; la donna sembra destarsi da un sonno, volge gli occhi meravigliati nell'ambiente, fissa le persone che la circondano ma sembra non riconoscerle.

Interrogata mostra di comprendere le domande ma non risponde, porta spesso le mani sulla fronte ed al naso. Invitata a parlare fa cenni di diniego con il capo e si tocca la gola con un gesto che esprime un senso di costrizione.

Questo stato di ottundimento perdura circa un quarto d'ora, quindi improvvisamente è colta da un nuovo attacco convulsivo della stessa durata e natura del primo.

Durante tre ore che io sono rimasto presso la paziente ho potuto assistere a ben 5 attacchi, intercalati da periodi di calma di varia durata durante i quali la donna è rimasta sempre in uno stato di subincoscenza.

Finalmente dopo il 5° attacco è caduta in un sonno profondo dal quale si è ridestata dopo varie ore, riposata, tranquilla e ricordando perfettamente quanto le era accaduto.

L'esame neurologico praticato durante i periodi di calma, non ha dato nulla di particolare all'infuori di una accentuazione dei riflessi rotulei; non rigidità della nuca, non iperestesia, assenza dei segni di Kernig e Bradzinsky.

L'esame delle urine non ha svelato traccie di albumina e di zucchero. Nel complesso sintomatologico presentato dalla puerpera, se varie possibilità potevano entrare in discussione a discernere la vera natura del male, non vi erano certo elementi sufficienti probatori atti a formulare una giusta diagnosi.

A sospettare una meningite da sepsi puerperale, non si poteva in vero essere indotti, per la assenza dei fenomeni tossico-infettivi, per l'inizio brusco del male, scatenatosi nel pieno benessere, per il comportamento del polso e della temperatura che non aveva mai raggiunto i 37 gradi.

Contro un attacco di nevrosi isterica parlavano nettamente i precedenti della malata, l'assenza completa di stigmate, il modo dello svolgersi dell'attacco, la sua durata, la profonda incoscienza e specialmente la scomparsa dei riflessi corneali e congiuntivali che nell'isterismo sono sempre conservati.

Non si poteva peraltro pensare ad un attacco di epilessia essenziale perchè la anamnesi era muta al riguardo, per l'assenza completa di aura, di cianosi al volto ed alle labbra e per la mancanza del coma post-epilettico.

Non rimaneva che sospettare una eclampsia in puerperio.

Si sa infatti che il sintoma dell'eclampsia è costituito dalle convulsioni che se irrompono più frequentemente al momento del parto, possono anche comparire nei primi giorni di puerperio fino ad 8 giorni dopo il parto. (Eclampsia puerperale).

Il primo accesso scoppia improvviso in donne primigravide; le malate cadono in terra come colpite dal fulmine, quindi cominciano le

convulsioni toniche; la faccia diviene violacea, indi seguono le scosse cloniche violenti rapidamente susseguentisi alle braccia, viso, gambe, particolarmente nei muscoli degli occhi e della bocca.

Gli accessi che per lo più non durano oltre un minuto, si possono ripetere dopo intervalli di calma più o meno lunghi, e mentre alcune volte rimangono unici, altre volte nel decorso di poche ore arrivano fino a 10-20.

Nell'intervallo dei singoli accessi, nei casi lievi, le malate tornano in sè, ma per lo più rimangono completamente obnubilate, incoscenti. (Coma eclamptico).

Nella nostra malata ci troviamo di fronte ad un attacco eclamptico manifestatosi in puerperio?

L'essere la donna una primigravida al 4° giorno dal parto, l'inizio improvviso dell'accesso convulsivo, il riprendersi frequente degli attacchi con intervalli di incoscenza, il carattere stesso delle convulsioni e soprattutto la mancanza di altri elementi che valessero ad indirizzarci per altra diagnosi, potevano farci propendere per una forma di eclampsia, se non ci fossero sorti dei dubbi che non riuscivamo a diradare al lume delle attuali conoscenze in merito a questa malattia.

Carattere essenziale dell'eclampsia è la tossi-infezione di origine placentare di cui la convulsione non è che un sintoma che può anche mancare.

Si conoscono infatti oltre a forme di eclampsia tipica, decorrenti con convulsioni, anche delle forme atipiche in cui la convulsione manca; in questi casi però anche se fa difetto la convulsione, il quadro clinico è sempre dominato dalla tossi-infezione, sicchè non mancheranno mai gli altri prodromi e sintomi propri dell'eclampsia e cioè forti dolori di testa, bagliori davanti agli occhi, polso molto teso, pressione sanguigna elevata, diminuzione della quantità delle orine, presenza in esse di albumina e di cilindri in grandi quantità.

L'accesso convulsivo nella nostra malata si era invece presentato senza alcuno di questi sintomi e mancava inoltre di uno dei segni più importanti della convulsione eclamptica, la amnesia retrograda, inquantochè la donna ricordava perfettamente quanto le era accaduto.

Scartata l'ipotesi di una eclampsia vera, non rimaneva che ammettere una forma di pseudo eclampsia ad etiologia ignota.

In attesa che il reperto diagnostico potesse essere chiarito dall'evolvere del male, lasciai la malata, prescrivendo una cura sintomatica a base di bromuri *per os.*

I famigliari il giorno dopo mi riferirono che in nottata la donna aveva avuti altri attacchi convulsivi e che aveva espulso insieme alle feci due grossi vermi.

A tale rivelazione, per altro inaspettata, fui subito indotto a pensare che le convulsioni presentate dalla puerpera, fossero originate da ascaridiasi ed il sospetto diveniva ben presto certezza inquantochè, istituita una cura antielmintica a base di cloroformio ed olio di ricino, la donna susseguentemente emetteva ber 12 ascaridi lunghi circa 25 cm.

In seguito le convulsioni non si sono più presentate, e dopo tre giorni essa poteva lasciare il letto perfettamente ristabilita.

***

Si è tanto discusso in passato se gli elminti intestinali agiscano sul sistema nervoso soltanto per una semplice azione meccanica sull'epitelio dell'intestino e sulle terminazioni nervose, e precisamente sulle cellule ganglionari che si trovano nella sottomucosa (plesso di Meissner) e nella tunica muscolare (plesso di Auerbach), oppure se i fenomeni morbosi debbano riferirsi all'assorbimento di una speciale sostanza tossica segreta dal parassita.

A risolvere la questione si sono cimentati molti esperimentatori cercando di isolare delle tossine che, inoculate in conigli e cavie, eccitassero il sistema nervoso.

I risultati delle ricerche sono stati oltremodo contradittori, sicchè d'innanzi a coloro che affermano di avere osservato negli animali in esperimento dei fenomeni tossici, ve ne sono degli altri che negano un tale reperto.

Le ricerche di Jammes e Maudoul negano l'azione tossica dei parassiti intestinali, basandosi sulle osservazioni di un grande numero di fanciulli, di adulti ed animali che, pur albergando nel proprio intestino numerosi parassiti, non risentono per essi alcun fenomeno morboso.

Si basarono inoltre su esperienze da essi condotte con il succo proveniente dalla triturazione di corpi di diversi elminti, ed inoculato per via cutanea, intraperitoneale, intrarachidiana, o intracranica negli animali. (Cani, cavie, conigli, colombi).

Uno degli autori ingoiò anche delle uova di *ascarides lumbricoides* e di *oxiuri vernicu-lari;* vermi delle due specie si svilupparono nel suo intestino, ma egli non accusò mai il minimo sintomo d'intossicazione e d'irritazione del sistema nervoso.

In contrasto alle ricerche e alle osservazioni dei due autori citati, vi sono le numerose esperienze di altri studiosi che eseguirono pro-

ve sugli animali con estratti o macerazione di elminti; così Messineo e Calamida iniettarono per via sottocutanea, endoperitoneale un succo ottenuto triturando tenie e facendone un estratto alcoolico e acquoso che veniva filtrato alla candela prima della inoculazione.

Mingazzini usò estratti acquosi di *Ascaris lumbricoides*, di tenia espansa, cucumerina ed altri elminti.

Questi ed altri autori riscontrarono nelle cavie e nei conigli inoculati, fenomeni nervosi che andavano da minime manifestazioni morbose a convulsioni, paralisi e perfino morte.

Flurj nel 1912 con esperienze condotte con molta accuratezza, volle analizzare la natura chimica del veleno emesso dai parassiti, e pervenne a conclusioni importanti.

Egli, studiando il ricambio organico dell'ascaride, ebbe a mettere in rilievo come le sostanze alimentari assunte dal verme subiscano una combustione incompleta e sono prevalentemente scisse per azione di fermenti, a causa della scarsa quantità di ossigeno presente nell'intestino dei portatori dei parassiti.

Vengono così a formarsi dei prodotti catabolici come $H\text{-}NH^2\text{-}CO^2$, acidi grassi volatili, alcooli-acidi, etericomposti, basi velenose prodotte dalla scissione albuminoidea. A questi particolari prodotti sono devoluti i fatti iperemici infiammatori locali, che possono arrivare sino alla necrosi — dovuti agli alcooli della serie etilica, butilica od amilica — ed i fenomeni a carico del sistema nervoso centrale, per assorbimento delle sostanze volatili della serie grassa per azione dell'aldeide particolarmente della serie amilica: acido formico, valerianico ed achilico.

Queste esperienze e ricerche contribuirono a convalidare non solo la teoria tossica dell'elmintiasi ma a ritenere che non si tratti di un veleno specifico bensì di numerosi composti attivi che possono provocare la più complessa sintomatologia sia direttamente che per via riflessa.

Ma a renderci conto delle convulsioni da entozoi non si può solamente invocare la teoria dell'azione riflessa della irritazione intestinale sul sistema nervoso, secondo la quale è chiamato in campo il fattore meccanico irritativo esercitato dal parassita e dalle sue tossine sulle terminazioni nervose, con la consecutiva propagazione midollare che, irradiandosi perifericamente, darebbe la crisi convulsiva, in quanto che è stato obiettato che le convulsioni, frequenti nei portatori di tenia inerme e di ascaridi, che sono i parassiti meno offensivi per la mucosa intestinale, sono rare nei portatori di ossiuri e anchilostomi che sono di gran lunga più lesivi e più tossici per l'intestino.

Una ipotesi patogenetica fa risalire la sindrome da elmintiasi alla connessione con la migrazione larvale, secondo la quale i nematodi, varcando allo stato larvale il facile argine opposto dalla mucosa intestinale, invadono il tessuto circolatorio attraversando il fegato ed i polmoni, dopo breve soggiorno nel sangue, riescono nell'intestino dove si trasformano in vermi sessuati.

Però questa concezione patogenetica se può spiegare una emottisi o dei fenomeni polmonari, non ci dà ragione del perturbamento a carico del sistema nervoso e quindi delle convulsioni.

Altra teoria è quella dell'azione anafilattica invocata a spiegare le crisi che si verificano nei portatori di entelminti.

Infine la teoria della produzione delle sostanze tossiche ed il loro assorbimento nella circolazione sanguigna è quella che oggi maggiormente tiene il campo.

Ma a spiegare la sindrome nervosa dell'elmintiasi e negli adulti e nei bambini non è sufficiente la nozione del tossico parassitario.

Non basta la presenza dell'entozoo, e quindi del suo veleno, nell'intestino dell'ospite per determinare i disturbi talvolta gravi dell'elmintiasi.

Se così fosse si dovrebbe ammettere che ogni qualvolta un parassita raggiunge l'intestino dell'uomo e vi si sviluppa, per l'assorbimento del veleno prodotto attraverso la mucosa intestinale, si dovrebbero sempre ed in tutti i casi osservare i sintomi dell'intossicazione elmintica.

L'osservazione clinica e sperimentale invece dimostra che molti possono essere i portatori dei parassiti senza ritrarne alcun danno.

Nè il danno può essere messo in relazione al numero dei parassiti ospitati e quindi alla maggiore quantità di tossico prodotto, perchè accanto a casi in cui si osservarono numerosi ascaridi senza disturbi di sorta, ve ne sono descritti degli altri in cui un solo parassita aveva dato luogo ad una intossicazione grave.

Così Ciulla nel 1926 riferiva all'Associazione medico-chirurgica specialisti di Palermo un caso d'intossicazione ascaritiaca complicante la gravidanza.

Si trattava di una signora all'8° mese che presentava un quadro fenomenologico assai impressionante: vomito, midriasi, tosse, afonia, vertigine, iperpiressia, contrazioni dell'utero.

La eliminazione di un solo ascaride fu suf-

ficiente a calmare la sindrome, e la donna partorì a termine in ottime condizioni.

Madame Forgiet Urion riporta un caso di choch ostetrico che scomparve completamente dopo la eliminazione di un solo ascaride.

Non si può quindi a spiegare la gravità della sintomatologia, prendere in considerazione la quantità del veleno elaborato dai parassiti.

Un fattore invece della massima importanza nel determinismo dell'intossicazione e specialmente della origine dei fenomeni nervosi, è il terreno individuale nel quale l'elmintiasi si verifica.

Vi sono degli individui che possono impunemente albergare nel proprio intestino anche numerosi elminti in contrapposto ad altri che risentono dell'azione tossica anche di un solo parassita.

La disposizione individuale contribuisce al massimo grado allo sviluppo o meno di una intossicazione elmintica essendo differenti e vari i poteri di difesa di cui ciascuno può disporre per resistere e neutralizzare l'azione del tossico parassitario.

Nel bambino per la sua speciale costituzione labile a tutti i tossici, per i maggiori poteri di assorbimento dei villi intestinali, per una minorazione fisiologica dell'attività svelenante del fegato, per la maggiore eccitabilità del sistema nervoso, l'infezione elmintica trova un terreno favorevole per svolgere la sua azione tossica a danno del sistema nervoso.

Nell'adulto invece ove più valide sono le difese di resistenza, ove il sistema nervoso è meno pronto a reagire agli stimoli, il veleno elmintico o non agisce affatto o si limita a determinare dei fenomeni irritativi nel luogo ove si produce.

Quando poi anche nell'adulto vengono a far difetto le difese organiche naturali, sia per fattori costituzionali, sia per condizioni morbose acquisite, il veleno prodotto dagli elminti, anche in minime quantità, può dare origine ad un complesso sintomatico grave, qualche volta anche mortale.

Fra le numerose cause che possono minorare la resistenza organica o aumentare l'eccitabilità del sistema nervoso, deve essere messa in primo piano la gravidanza.

Per il fatto della gravidanza si può dire che non vi sia sistema od organo che non subìsca delle modificazioni; la donna viene a trovarsi in uno stato di equilibrio instabile, gli organi destinati alle funzioni epuratrici sono sottoposti ad un maggiore lavoro per sopperire alle nuove esigenze, il sistema nervoso subìsce un aumento delle eccitabilità e della reazione.

In queste condizioni una donna che alberghi nel proprio intestino degli entozoi viene a costituire un terreno favorevole allo sviluppo di una intossicazione elmintica.

La ascaridiasi complicante la gravidanza può essere così una malattia temibile.

Cozza recentemente descrive una strana e complessa sindrome insorta durante il puerperio, che simulava egregiamente una grave sepsi puerperale, mentre era invece legata all'azione degli ascaridi.

La sintomatologia scomparve subito dopo la cura specifica.

Patti, nella Clinica Ostetrica, riferisce sopra un caso ad esito letale di ascaridiasi complicante una gravidanza al 6° mese.

La sindrome grave, l'autore, pensa sia legata ai veleni parassitari agenti in gravidanza.

E' specialmente durante lo stato puerperale che devono essere temute le conseguenze di una ascaridiasi perchè capace di determinare uno stato tossiemico grave, fino a portare nell'organismo alterazioni profonde legate all'attività del parassita ed alla gravidanza stessa.

Nei casi sospetti di elmintiasi in donna gravida, val meglio istituire una terapia antiparassitaria a vuoto — se non si ha la possibilità di praticare delle ricerche — piuttosto che attendere le complicanze di una infestione.

La cura specifica del resto è bene tollerata dalla gravida, anche in condizioni di depauperamento organico.

Il caso descritto è servito anche a dimostrare la possibilità di una pseudo-eclampsia da ascaridiasi in puerperio e quindi ad accrescere la scarsa casistica che la letteratura dispone finora sull'argomento.

RIASSUNTO.

L'A. descrive ed illustra un caso di pseudoeclampsia da ascaridiasi sorta nei primi giorni di puerperio.

Pensa, per la spiegazione della genesi dei disturbi nervosi e tossici insorgenti in individui affetti da elminti, che oltre il tossico elaborato dai vermi, esista come fattore importante una predisposizione individuale e che la gravidanza rappresenti un terreno favorevole allo svolgersi di una intossicazione elmintica grave.

BIBLIOGRAFIA.

PESTALOZZA. *Lezioni di Clinica Ostetrica e Ginecologia.*

STOECKEL. *Trattato di Ostetricia.*

FERRATA. *Diagnostica differenziale.*

STRUMPELL. *Patologia e terapia speciale.*

PATTI. La Clinica Ostetrica, 33, n. 1, gennaio 1931.

CIULLA. Associazione Specialisti, Palermo, 18 marzo 1926.
COZZA. Rinascenza Medica, agosto 1930.
GATTO. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, Milano, n. 24, 14 giugno 1931.
ALLARIA. *Scritti Medici.*
EBNER. La Medicina Pratica, n. 4, 30 aprile 1930.
CHIERICI. Giornale di Clinica Medica, agosto 1931.
GRUENWEIG GRULEWSKI. Medizinische Welt, 28 settembre 1929.

CASISTICA E TERAPIA.

Il mediastino durante il pneumotorace artificiale.

R. Piazza (*Folia medica*, 15 giugno 1932) dopo aver ricordato l'anatomia del mediastino e la osservazione radiologica di esso, dice che gli spostamenti mediastinici dinamici nel pneumotorace artificiale possono essere totali (movimento pendolare) o parziali (ernie).

Per quanto riguarda il movimento pendolare l'A. ricorda la teoria di Morelli della ventosazione polmonare (cioè dell'attrazione che i polmoni esercitano sul mediastino) e spiega con essa il movimento pendolare: nel pneumotorace chiuso il mediastino si sposta verso il lato sano, e, nella ispirazione, non potendosi spostare l'aria nel polmone collassato come in quello sano, si sposterà tutto il mediastino verso il lato collassato e il movimento opposto si avrà nell'espirazione.

Il movimento pendolare si ha quando il mediastino è libero da aderenze ed agevola la ventilazione polmonare, mentre la fluttuazione mediastinica la ostacola.

Nella patogenesi dell'ernia mediastinica due fattori sono in giuoco: lo squilibrio delle pressioni endopleuriche dovuto al pneumotorace artificiale e la cedevolezza mediastinica che deve ritenersi congenita. L'ernia mediastinica anteriore è più frequente della posteriore. L'ernia viene per lo più diagnosticata allo schermo radioscopico; solo se voluminosa dà sintomatologia (dispnea, tachicardia, ecc). Nei riguardi della condotta della cura, quando c'è ernia bisogna cercare di ridurre la pressione pleurica pur mantenendo il collasso. R. LUSENA.

L'infarto polmonare.

Si tratta generalmente di un flebetico o di un cardiaco. L'embolo che si ferma nel polmone provoca dolore vivo all'interno del torace, accidenti di soffocazione, espettorato di sangue ammassato, nero, opaco. La temperatura si eleva a 39°-40°; all'ascoltazione, rantoli crepitanti e subcrepitanti; versamento pleurico.

In generale, a meno che si tratti di un grosso coagulo che determina la morte, la prognosi è dominata da quella della malattia originale; nella stenosi mitralica, è meno grave che nei cardio-renali.

Trattamento. — Riposo assoluto in letto; il flebitico dovrà restarvi per 20 giorni dopo cessata l'elevazione termica. Nei cardiaci, regime idro-latteo di riduzione per 3-4 giorni e poi latteo-vegetariano, con somministrazione di digitalina. Se vi sono segni di asistolia, il regime idro-latteo sarà continuato per 7-8 giorni e si assocerà alla digitalina, la teobromina.

Vescica di ghiaccio sulla regione precordiale; contro gli sputi sanguigni, iniezioni di morfina (due milligrammi). Applicazione di ventose scarificate per combattere la congestione polmonare. Utili sono le iniezioni di olio canforato se il polso è cattivo; diffidare invece di quelle di caffeina, che possono produrre un nuovo embolo.

Gli impacchi caldo-umidi del torace sono mal tollerati perchè per la loro frequente applicazione, il malato va mosso troppo spesso, il che è dannoso; meglio valgono quelli secchi, ungendo la pelle del torace con olio al gomenolo (10 %), due volte al giorno.

Contro gli accidenti polmonari, pozioni di acetato d'ammonio, di liquore anisato d'ammonio, con benzoato di sodio. Dopo qualche giorno, quando sono cessati gli sputi sanguigni, riesce utile una pozione con: Creosotal, Benzoato di sodio, ana gr. 2; Sciroppo di poligala g. 30; Sciroppo g. 120. Un cucchiaio ogni due ore.

Nella cura del polmone, tener presente che il più toccato è il cuore e regolarsi in conseguenza.

(*Journ. des praticiens*, 20 agosto 1932).
fil.

Terapia della polmonite lobare del tipo I.

W. D. Sutcliffe e M. Finland (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, giugno 1931) rilevano che le statistiche della mortalità dimostrano come il siero Felton (anticorpi concentrati) non solamente diminuisce notevolmente la percentuale di morte nella malattia specialmente nelle polmoniti lobari del tipo I, ma ha un vero e proprio effetto benefico sul decorso, specialmente se impiegato nelle prime fasi. I risultati immediati sono: abbreviamento del decorso, scomparsa dell'eventuale batteriemia. Le reazioni possibili vanno divise in tre gruppi: reazioni immediate con orticaria e sintomi asmatici, reazioni termiche, malattie da siero. Solo le prime destano preoccupazione.

M. TORRIOLI.

Sul trattamento medico delle pleuriti purulente acute.

Plazy e Germain (*Revue de Méd.*, giugno 1932) osservano che il trattamento medico delle pleuriti purulente acute (escluse le pleuriti traumatiche e tubercolari) dopo essere stato trascurato per molto tempo, ha preso un'im-

portanza considerevole data l'odierna tendenza a non intervenire che il più tardi possibile, eccetto che per le pleuriti putride, gangrenose, per le quali si consiglia ancora la pleurotomia precoce.

Questo trattamento medico, oltre al trattamento generale antinfettivo e al trattamento delle lesioni polmonari, comporta un trattamento pleurico propriamente detto, che consiste in punture evacuatrici ripetute assai spesso e seguite da iniezioni intra-pleuriche sia di sieri terapeutici, sia di filtrati-vaccini, sia di liquidi antisettici (collargolo 1 %, elettrargolo, bleu di metilene 5 %, cloridrato di optochina 5 %, di cui il potere antipneumococcico quasi specifico è ben noto, liquido di Dakin, Lugol, glicerina formolata).

Queste sostanze non hanno dato agli AA. risultati apprezzabili.

Per contro, quelli ottenuti con la diformina jodo-benzometilata sono sembrati incoraggianti e gli AA. riferiscono 13 casi curati con questo metodo. Su 13 casi ottennero 6 guarigioni cliniche, ed in 4 di questi casi era in causa lo streptococco. Se la diformina jodata non guarisce sempre, essa ha in tutti i casi almeno un'azione modificatrice molto evidente: deodorizza rapidamente il pus fetido, diminuisce l'abbondanza di pus, fa scomparire i germi o ne attenua la virulenza, accentua la difesa locale, permette alle lesioni polmonari di guarire; allo stato generale di migliorare, ed ha un effetto rimarchevole e rapido sulla curva termica. Si può così affidare a tempo opportuno al chirurgo un malato nelle migliori condizioni possibili per l'intervento. E questo è un vantaggio particolarmente apprezzabile per le pleuriti putride, che in queste condizioni non è necessario aprire precocemente.

C. TOSCANO.

I preparati d'oro nella tubercolosi laringea.

V. Aprile (*Il Valsalva*, settembre 1932) ha trattato 27 casi di tubercolosi laringea con un preparato d'oro, l'Aurofos, incominciando con ½ mg. ed arrivando fino alla dose massima di cg. 2,5, ad intervalli da 7 a 12 giorni. Tale preparato è risultato di un potere tossico minimo ed ha dato soltanto incidenti transitori e trascurabili; in un caso si ebbe albuminuria e cilindruria durata un mese e scomparsa poi del tutto; in altri 4 solo albuminuria transitoria.

In 8 casi, si è avuta reazione infiammatoria locale, per cui la cura fu sospesa e poi ripresa con dosi minori. In parecchi casi, si ebbero elevazioni termiche.

Per quanto riguarda la laringe, sono stati osservati miglioramenti notevolissimi, talvolta fino alla rapida scomparsa di fatti ulcerativi, oltre al sollecito e costante miglioramento della disfagia, che spesso scomparve completamente dopo le prime iniezioni. Persistente, invece, si è mostrata la disfonia, talvolta fino ad un periodo assai inoltrato della cura e nonostante il notevole miglioramento delle condizioni laringee.

Notevole fu la ripresa delle condizioni generali, sia per l'ipernutrizione a cui potè assoggettarsi il malato dopo cessata la disfagia, sia per l'azione del fosforo trivalente che il preparato contiene in combinazione organica. Notevole fu altresì il miglioramento delle condizioni polmonari.

In complesso, pure non potendo registrare nessun caso di guarigione completa, si sono avuti dei miglioramenti talvolta così notevoli da potersi considerare come guarigione clinica. *fil.*

Contributo allo studio della cura della pleurite purulenta nei bambini con l'optochina.

Dopo aver accennato brevemente della optochinoterapia, introdotta fin dal 1922 dal Gralka, e studiata ormai ed applicata su larga scala nelle pleuriti purulente dei bambini, A. Pivani (*La Pediatria del Medico Pratico*, giugno 1932) illustra 12 casi di pleurite purulenta in bambini da 1 a 8 anni di età e curati nella R. Clinica Pediatrica di Torino, con le iniezioni endopleuriche di cloridrato di optochina.

Sui 12 casi trattati, 4 sono guariti, 3 sono morti, e in 5 si è dovuto ricorrere dopo l'optochina alla cura chirurgica. Dati i risultati ottenuti, l'A. ritiene che nei bambini nei casi di pleurite purulenta da pneumococco si deve iniziare subito la cura optochinica; se però dopo 4 o 5 iniezioni non si ha il miglioramento atteso, è bene affidare il caso al chirurgo.

C. NERVI.

SEMEIOTICA.

Sulla prova del galattosio per la diagnosi di anemia perniciosa.

La prova del galattosio, proposta da R. Bauer come prova clinica della funzionalità del fegato, si basa, come è noto, sul fatto che, a fegato normale, di 40 g. di galattosio ingeriti se ne eliminano attraverso i reni in 4-6 ore soltanto fino a 3 gr., mentre a fegato alterato nel suo parenchima la quantità eliminata attraverso i reni è molto maggiore. Basandosi sulla concezione che il fegato sia nelle cosidette *malattie del sangue* primariamente o secondariamente alterato nelle sue funzioni, F. Donath (*Klin. Woch.*, 13 agosto 1932) ha studiato tutti i casi di malattie del sangue capitati sotto la sua osservazione, provando la funzionalità epatica appunto per mezzo del galattosio. Ha così potuto constatare che nella maggioranza dei casi le malattie del sangue rientrano nei limiti di eliminazione designati come normali da Bauer: dentro questi limiti i valori di eliminazione variano notevolmente non solo col va-

riare della malattia, ma anche col variare dei casi della stessa malattia. Una risposta costantemente uguale alla prova col galattosio non si ebbe in nessuna delle malattie studiate, se si fa eccezione per *l'anemia perniciosa*. In questa malattia, di cui l'A. ha potuto così studiare 30 casi, la risposta alla prova del galattosio era sempre uguale e cioè di 40 gr. ingeriti non si ritrovava nelle urine neppure la minima traccia: contemporaneamente la curva glicemica subiva, ma non sempre, un lieve aumento. Interessante a notare che nelle remissioni della malattia, il galattosio compariva nelle urine ed in quantità sia normali sia superiori alle normali. Questo tipico comportamento può, sostiene giustamente l'A., servire quale ottimo punto di appoggio per la diagnosi differenziale fra anemie non perniciose e anemie perniciose vere. Ed a conferma di ciò l'A. riporta alcuni casi dimostrativi di dubbia diagnosi in cui la prova al galattosio indirizzò nella via che si dimostrò in seguito giusta.

G. La Cava.

MEDICINA SCIENTIFICA

Prime ricerche sul potere bactericida del sangue verso il bacillo difterico.

Scopo del presente lavoro fu quello di ricercare se esistessero nel sangue dei bambini delle condizioni normali di difesa antibacterica verso il bacillo di Loeffler, indipendentemente dallo stato di immunità antitossica, che potessero spiegare la ragione della costante mancanza di bacteriemia nell'infezione difterica.

La bacteriocidia del sangue in toto fu determinata da P. Schiaparelli (*Bollettino della Società Italiana di Pediatria*, sett.-ott. 1932), usando la tecnica proposta da Lusena per il bacillo del tifo, opportunamente modificata per il bacillo difterico.

Dalle ricerche condotte su 4 ceppi differenti del bacillo, risultò che il bambino fin dalla nascita possiede normalmente delle condizioni di difesa antibacterica verso il bacillo di Loeffler, condizioni che si mantengono invariate anche durante malattie intercorrenti, compresa la difterite stessa, e la paralisi post-difterica. Tra il potere bactericida del sangue materno e fetale pare esista un parallelismo.

Il potere bactericida del sangue si manifesta con differente intensità a seconda dei ceppi usati, in rapporto alla loro virulenza.

Con queste ricerche preliminari l'A. semplicemente vuol far rilevare come il persistere del potere bactericida del sangue, anche durante la malattia difterica, possa spiegare perchè la bacteriemia difterica non si verifica o si verifica soltanto in condizioni eccezionali.

C. Nervi.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Contagiosità della sifilide terziaria. — All'abb. n. 1850:

La sifilide può essere contagiosa anche durante il così detto periodo terziario, gommoso o tardivo, se pure in grado minore che nel periodo secondario.

L'antica esperienza clinica tendeva ad escludere in modo quasi assoluto questo potere contagioso negli stadii tardivi dell'infezione sebbene non mancassero prove in contrario (p. es. lues gommosa nel marito e sifilide recente nella moglie), ma le recenti ricerche sperimentali non lasciano dubbio in proposito.

Il caso di bambini affetti da sifilide congenita, nati da padre luetico in periodo tardivo, non è infrequente, il che, soprattutto se è vero che non esiste sifilide congenita (o ereditaria) senza preesistente sifilide materna, come ora (forse però a torto) generalmente si crede, sarebbe una riprova della contagiosità della sifilide terziaria.

V. Montesano.

Al dott. F. C. da V.:

Casi del genere di quello descritto dal collega possono benissimo farsi rientrare nelle colibacillosi; del resto un certo numero di infezioni puerperali è da riportare al coli. Il collega può trovare larga messe sulla importanza della colibacillosi nella patologia genitale femminile nel N. di agosto della *Revue française de Gynécologie*, dedicata appunto a tale tema.

p. g.

Al dott. A. R. da C.:

Iniezioni quotidiane della soluzione seguente:

benzoato di soda purissimo centig. 50
acqua distillata sterilizzata cc. 2

per una fiala.

Dopo ottenuta la scomparsa radiologica della lesione, iniezioni a giorni alterni.

C. Toscano.

Al dott. N. D. da Castelrosso:

Per la sterilizzazione temporanea della donna col metodo biologico, sono stati usati gli spermatozoi morti di montone, iniettandone 30 milioni la prima volta ed il doppio nelle tre volte seguenti. Gli AA., però non indicano il modo di preparazione. Il preparato non si trova in commercio.

Le reazioni locali, secondo gli AA. sono minime e si riducono generalmente ad una leggera tumefazione sensibile che scompare in 2-3 giorni. Così pure scarse sono le reazioni generali osservate in qualche donna: cefalea, rachialgia, in un caso esantema di tipo scarlattiniforme. Nessuna altra notizia si può desumere dal lavoro a cui ella si riferisce.

fil.

VARIA.

Emozioni e capelli.

Il rapporto tra emozioni violente e lo stato dei capelli è consacrato da alcuni detti popolari: sentirsi drizzare i capelli, perdere i capelli, fare i capelli bianchi per paura, terrore, dolori o angustie continue.

Tali espressioni hanno senza dubbio una giustificazione fisiologica, quantunque alcune di esse risultino piuttosto iperboliche o per lo meno non corrispondino per frequenza e per intensità alla realtà dei fatti.

In effetti il « sentirsi drizzare i capelli sulla testa » è più una sensazione subiettiva che un fatto obiettivo.

Molti, ma non quanti lo affermano, possono aver avvertito questa sensazione, nessuno però ha constatato in altri il raddrizzamento dei capelli.

Del resto il fenomeno è fisiologicamente ben spiegabile, in quanto è analogo all'orripilazione che si verifica in altre parti della pelle.

I peli sono muniti di un apparato motore, i piccoli muscoli *erectores pilorum*, che si trovano sotto il controllo del simpatico, che ha una particolare importanza nel giuoco delle emozioni.

La così detta « pelle d'oca » è appunto determinata dalla contrazione di questi muscoli come concomitante di stati emotivi diversi, o come fatto riflesso di eccitazioni cutanee.

Ciò può verificarsi anche per i capelli ma come fatto poco o niente visibile, in quanto la consistenza del cuoio capelluto non consente un ampio movimento dei bulbi, ed il fenomeno rimane ridotto allo stato di pura sensazione.

Anche la caduta di capelli, più frequentemente parziale a chiazze, in seguito ad emozioni è stata registrata. Si tratta di un fenomeno più a carattere patologico in quanto si verifica in individui con tare nervose. Sarebbe prodotto da un'improvvisa e più o meno persistente vasocostrizione, con il conseguente disturbo nutritivo dei bulbi.

Ma il fenomeno più interessante e più discusso è quello dell'improvviso imbianchimento dei capelli in seguito ad un'emozione violenta.

Gli è stato dato particolare rilievo dalla circostanza che si sarebbe verificato in individui molto rappresentativi della storia.

Tommaso Moro, l'infelice autore dell'*Utopia*, sarebbe improvvisamente incanutito nell'apprendere la sua condanna a morte per avere rifiutato di abiurare il cattolicismo.

Ludovico Sforza, duca di Milano, soprannominato il Moro per il colore delle sua cute e dei suoi peli, diventò bianco di barba e di capelli durante la notte precedente al giorno della sua esecuzione. Tanto che i guardiani entrati nella sua cella credettero ad una sostituzione del prigioniero.

Più noto è il caso di Maria Antonietta, la cui chioma divenne tutta bianca la notte precedente alla sua esecuzione.

È più che probabile che in tutti questi casi, come negli altri del genere, la storia sia stata falsata dalla leggenda.

Si può pensare che gli imbianchimenti improvvisi non siano fatti fisiologici, ma la scomparsa di un artificio, la cessazione dell'uso di tinture.

Si racconta che Orsini, il famoso attentatore dinamitardo di Napoleone III, che aveva barba e capelli neri come l'ebano, in carcere diventò bianco, semplicemente perchè non potette più avere a disposizione la tintura che adoperava.

Cause simili hanno le canizie... emotive di alcune dame colpite da forti dolori o da miseria. Il turbamento morale o la mancanza di mezzi fa abbandonare l'uso delle tinture.

Certo è che l'incanutimento improvviso di origine emotiva non si riscontra nella vita comune con quella frequenza che i fatti storici su ricordati farebbero pensare.

La riserva è legittima per fatti che non sono di comune osservazione, e che sono l'espressione di processi poco verisimili.

Noi abbiamo avuto l'esperienza della guerra, che ha provocato emozioni di una violenza estrema in un materiale umano abbondantissimo e molto vario per età, sesso e costituzione. Nessun caso di canizie improvvisa è stato denunziato.

È più conforme ai fatti e più accettabile scientificamente che le emozioni ripetute e prolungate, specie quando abbiano carattere afflittivo, provochino un lento e progressivo imbianchimento dei capelli.

In queste condizioni entrano in giuoco azioni debilitanti che determinano uno stato simile alla senescenza.

Dato il meccanismo con il quale si verificherebbe la decolorazione dei capelli, riesce difficile spiegare come essa possa prodursi improvvisamente.

Landois riteneva che la canizie sia dovuta alla penetrazione di bolle d'aria nei bulbi. Pfaff ritenne che fosse dovuta all'azione di sostanze caustiche secrete dalla pelle. Sono ipotesi poco sostenibili.

L'ipotesi più controllata è quella di Metchnikoff, secondo il quale la decolorazione dei capelli è determinata da pigmentofagi di origine midollare.

Che questa pigmentofagia possa essere accelerata ed estesa per l'azione di prodotti endocrini, e quindi di conseguenza di fatti emotivi, è ammissibile.

Ma da ciò alla distruzione rapida di tutto il pigmento dei capelli, in un momento o nel corso di una notte, corre molto. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

78° *Dottor S. B.* — Trattandosi di un'attribuzione dell'ufficiale sanitario è da ritenere che questi possa esercitarla soltanto nell'ambito della sua competenza territoriale.

79° *Dottor G. S.* — Se l'ufficiale medico in servizio attivo permanente non è iscritto nell'albo dell'Ordine, l'esercizio professionale libero costituisce infrazione punibile.

80° *Dottor F. G. R.* — Se per le cure così dette omeopatiche sono prescritti veri e propri medicinali, è necessario che questi siano somministrati dal farmacista nella farmacia. Il medico omeopatico può acquistare il medicinale destinato alla persona da lui assistita, come potrebbe acquistarlo un incaricato qualsiasi, secondo le norme comuni, ma sempre nella farmacia e per vendita fatta dal farmacista. La somministrazione dei medicinali senza l'osservanza di queste regole costituisce reato.

81° *Dottor C. T.* — Il contributo all'Istituto per gli orfani dei sanitari è a carico del medico.

82° *Dottor S. P.* — Spetta al *Consiglio amministrativo* dell'Ordine di reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze dei sanitari liberi esercenti iscritti nell'albo. Contro i provvedimenti dell'Ordine è ammesso ricorso entro quindici giorni al Ministero dell'Interno e poi, contro il decreto ministeriale, è ammesso ricorso al Consiglio di stato in sede giurisdizionale (art. 7, lett. C e 8 T. U., 3 aprile 1926, n. 563).

Le pene disciplinari che il Consiglio amministrativo può applicare sono queste: avvertimento, censura, sospensione dell'iscrizione nell'albo con divieto del libero esercizio professionale per la durata da uno a sei mesi. Deve essere osservato il procedimento disciplinare prescritto dall'art. 36 del regolamento 21 marzo 1929 n. 547. La sanzione è, s'intende, proporzionata alla gravità del fatto.

83° *Dottor L. L.* — Può concorrere al posto di aiuto di ospedale, purchè, però, non siano superati i limiti di età.

Questi limiti non sono stabiliti dalla legge o da regolamenti generali; ma possono essere prescritti, con o senza cause di esenzione, dagli statuti e dai regolamenti dei singoli enti.

84° *Dottor L. P.* — Le preferenze per benemerenze demografiche sono state stabilite dalla legge 6 giugno 1929 n. 1024. La Rivista « Il Diritto Pubblico Sanitario » ne ha trattato diffusamente nei fascicoli 7 del luglio 1929, 12 del dicembre 1930 e 1° del gennaio 1931. La giurisprudenza ha definitivamente ormai stabilito che queste preferenze valgono soltanto agli effetti della graduatoria, a parità di merito e non limitano il potere di scelta.

È stato anche affermato che sono prevalenti le preferenze per titoli militari; stabilite a favore degli ex combattenti.

85° *Dottor P. A.* — Non essendo stata autorizzata dal Commissario la supplenza, Lei non ha titolo verso il Comune. Può chiedere un compenso al medico da Lei sostituito. Circa la misura, terrà conto dello stipendio normale per stabilire la remunerazione in rapporto alla durata del servizio prestato.

86° *Dottor G. B. S.* — L'art. 13 della legge 23 giugno 1927 n. 1070, modificando l'art. 65 del T. U. delle leggi sanitarie 1907 n. 636, ha stabilito che, salve le disposizioni della legge di Pubblica Sicurezza, è vietato aprire ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del Prefetto.

Occorre, quindi, fare domanda alla Prefettura, con tutte le indicazioni del caso. L'esercizio non autorizzato costituisce infrazione punibile.

87° *Dottor D. P.* — L'osservazione del Podestà non è giuridicamente esatta. Sia stato ridotto lo stipendio prima o dopo la nomina, se risulta che indebitamente la riduzione è stata stabilita, per erronea applicazione del decreto 1927 n. 1159, deve essere ripristinato lo stipendio che effettivamente è dovuto, senza la illegale falcidia e il Comune deve pagare gli arretrati.

Il Ministero dell'Interno, pur dubitando della esattezza giuridica della interpetrazione data dal Consiglio di Stato ai decreti del 1927 circa la riduzione degli stipendi, ha emanato istruzioni invitando i Prefetti e i Comuni ad uniformarsi per equità alla decisione del Consiglio di Stato. In alcuni casi, è stato ristabilito lo stipendio, ma non sono state pagate le differenze arretrate. Ciò non è logico. Se la riduzione era illegittima, il Comune deve ristabilire, anche con effetti sul passato, la misura legale pagando la differenza.

Lei dovrebbe ricorrere, contro il provvedimento positivo o negativo, nel termine di giorni 30 alla G. P. A. in sede giurisdizionale. Ma è da ritenere che, date specialmente le istruzioni ministeriali, sia sufficiente l'intervento del Prefetto. Occorrendo, Lei potrebbe fare denunzia al Ministero degli Interni, se vuole evitare un giudizio in sede giurisdizionale.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La lotta contro la carie dentaria.

(J. C. Middleton Shaw. *South Africa Medic. Journ.*, 12 marzo 1932).

Nessuna malattia dà sofferenze su così vasta scala come la carie dentaria, che ha importanza, secondo autorevoli studiosi, nella determinazione di molte malattie di organi interni. Poco si è fatto per la prevenzione della carie e delle infezioni dentarie in genere.

La teoria ereditaria della carie non è accettata. Certamente la composizione dei denti è uguale chimicamente nell'uomo e nei primati i quali ultimi non soffrono di carie come l'uomo. Alcune razze africane si credevano immuni da carie dei denti; ma poi si vide che ne vanno soggette quando si alimentano come i popoli più civili.

La teoria di Miller di un'origine chimico-parassitaria della carie è stata dimostrata corrispondente alla realtà dei fatti. Secondo questa teoria i germi attaccano i carboidrati alimentari (di cui alcuni residui restano fra i denti) formando acidi con processo di fermentazione; questi acidi distruggono lo smalto ed erodono il dente, e l'opera di erosione è compiuta da enzimi proteolitici.

Dal lato preventivo ci sono alcuni problemi da risolvere. Per quanto riguarda l'alimentazione, mentre alcuni danno importanza alle vitamine, altri la negano (e per questi si basano sulla presenza abituale di denti sani nei rachitici). L'A. è del parere che le vitamine non abbiano importanza nella determinazione della carie, che in Africa è estesa quanto in Inghilterra.

Secondo Broderick la carie è dovuta ad acidosi e la piorrea ad alcalosi, ma non esiste un antagonismo fra carie e piorrea che possa dare ragione a questa teoria.

L'alimentazione negli ultimi secoli tende ad aumentare la quantità di zucchero, a raffinare i cereali, a dare la prevalenza ai cibi cotti sui crudi, ad aumentare i prodotti di pasticceria, cioè tende a rendere meno necessaria una lunga masticazione. A questa modificazione della dieta si deve, secondo l'A., l'aumento della carie. Osservazioni fatte in orfanotrofi e in scuole comunali hanno dimostrato che negli orfanotrofi la carie è meno diffusa che nei bambini delle scuole pubbliche e che la riduzione dello zucchero allo stretto necessario contribuisce notevolmente a non aumentare il numero dei malati di carie dentaria.

La pulizia dei denti è certo utile. Il riconoscimento precoce della carie permette di provvedere tempestivamente ad arrestarla. Occorre fare opera di propaganda ed organizzare i servizi assistenziali per la lotta sociale contro la carie dentaria. R. Lusena.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Arcugnano (*Vicenza*). — Scad. 30 ott.; 1° reparto; L. 7920 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2200 trasp., L. 264 ambulat., L. 1188 serv. att., L. 634 c.-v. se compete.

Asiago (*Vicenza*). — Scad. 30 nov., 1° reparto; L. 10.000 oltre L. 1800-2500 trasp., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10. Chiedese avviso.

Avellino. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. ore 12 del 30 dic. Direttore del Consorzio e del dipendente Dispensario provinciale; esami e titoli; L. 15.000 aumentabili, oltre L. 5000 serv. att., indennità varie; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 1° ottobre. Chiedere annunzio.

Bolognola (*Macerata*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 200 arm. farm., da ridurre del 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Bolzano. *Ospedale Civile.* — Scad. 2 nov.; assistente presso la divisione medica e assistente presso la divisione ostetr.-ginecol.; titoli ed eventualm. esami; L. 4500, vitto, camera ecc.; età lim. 40 a.; riconoscimento condizionato laurea conseguita in Austria; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Canosa (*Bari*). — Scad. 15 nov.; chirurgo primario: rivolgersi segreteria com.

Carpeneto d'Acqui (*Alessandria*). — Scad. 15 dic ; L. 6160 oltre L. 440 trasp., L. 440 uff. san., già ridotte.

Castelsardo (*Sassari*). — Scad. 30 nov.; L. 8360 già ridotte del 12 %; addizionale L. 5 oltre i 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; L. 880 se uff. san.; c.-v.; L. 1200 per gli ammalati dimoranti in campagna; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

Casto (*Brescia*). — Scad. 30 nov.; consorzio; L. 8800 e 6 quinquenni oltre L. 2640 trasp., L. 440 uff. san.; tassa L. 50.

Cavriglia (*Arezzo*). — Scad. 10 dic.; 3ª cond.; L. 9000 oltre c.-v. L. 740 pei coniugati; L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Città di Castello (*Perugia*). — Scad. 30 nov.; per Morra; L. 7000 oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.

Contessa Entellina (*Palermo*). — Scad. ore 18 del 15 dic.; titoli ed esami; L. 9750 e 5 quinquenni dec.; L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Crenovizza (*Trieste*). — Consorzio Crenovizza-Senosecchia, con residenza nel comune di Crenovizza, frazione Prevallo. Stipendio annuo L. 11.000 aumentabili di un decimo ogni quadriennio, e così per 5 quadrienni, sullo stipendio base. Caro viveri, fino a quando verrà consentito, nella misura corrisposta agli impiegati dello Stato. Indennità per il servizio di Ufficiale Sanitario L. 1000. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000. Le suddette percezioni sono soggette alla riduzione del 12 % (R. D. L. N. 1491 del 20-XI-1930) e alle ritenute di Legge. Scadenza ore sedici del 10 novembre 1932. Per altre informazioni, notizie sui documenti, ecc., rivolgersi alla Segreteria Comunale di Crenovizza.

GILDONE (*Campobasso*). — Scad. 25 nov.; L. 5500 e 3 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

LIBRIZZI (*Messina*). — Scad. 25 ott.; L. 9000 oltre L. 1000 se uff. san.

MATRICE (*Campobasso*). — Scad. 17 dic.; L. 6000 da ridurre del 12 %; 3 quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile*. — Cercasi chirurgo interino munito titoli lunga pratica presso importanti ospedali come primario o aiuto. Stipendio L. 1000 mensili già ridotto 12 %, compartecipazione 60 % proventi atti operatori ed ambulatorio, percentuale camere a pagamento. Ospedale modernamente attrezzato; capacità cento posti letto. Inviare *curriculum vitae* ed elenco documenti, da esibire a richiesta, alla Congregazione di Carità di Montegiorgio, alla quale potranno richiedersi ulteriori schiarimenti.

PADOVA. *Ospedale Provinc. Psichiatrico*. — Scad. 15 nov.; medico primario e medico assistente; stipendi L. 13.500 e L. 9500, aumentabili; c.-v.; riduz. 12 %; alloggio personale; età lim. rispettiv. a. 35 e a. 30; tassa L. 50,10. Se il medico primario verrà incaricato delle funzioni di vice-direttore, indennità di L. 1200 e alloggio per famiglia.

PIETRACATELLA (*Campobasso*). — Scad. 10 dic.; L. 6000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 39 a.

PORTICO e S. BENEDETTO (*Forlì*). — Scad. 25 ott., 1ª cond.; L. 11.000 oltre L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san.; 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 16.000, aumentabile a L 17.800, oltre ad una indennità di servizio attivo di L. 3630 annue, ed una percentuale del 25 % sull'importo degli utili del Laboratorio, da ripartirsi tra i due dirigenti delle Sezioni. Gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle ritenute obbligatorie. Età minima a. 21, massima a. 45 salvo eccezioni di cui all'art. 9 del R. D. 16-I-1927, n. 155 (« Gazz. Uff. » 22-II-1927, n. 43). Documenti e titoli di studio indicati all'art. 8 del sucitato R. Decreto. Tassa di concorso L. 50,10. Prove di esami secondo i programmi e le norme generali di cui al Decreto 9 maggio 1927 del Ministero dell'Interno. Periodo di prova anni due. Assunzione di servizio entro trenta giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Accettazione, ad ogni effetto di legge, del Regolamento per il Laboratorio, di quello organico per gli ufficii provinciali e delle eventuali modifiche che possano in seguito esservi introdotte. Scadenza ore diciotto del 30 novembre 1932. Chiarimenti alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

SANTA CRISTINA D'ASPROMONTE (*Reggio Cal.*). — Scad. 4 dic.; L. 6776 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2200 cavallo; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

S. MANGO SUL CALORE (*Avellino*). — Scad. 10 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SANTOPADRE (*Frosinone*). — Scad. 30 nov.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2400 cavalc., L. 500 uff. san., il tutto ridotto del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SORIANO CALABRO (*Catanzaro*). — Scad. 15 nov.; L. 7000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.

SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 dic.; due condotte; L. 8000 e L. 9000, oltre serv. att. L. 2100, c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 28 e al 30 sett. Chiedere avvisi.

TOLMEZZO (*Udine*). — A tutto 15 nov., 1° reparto; L 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 1000 trasp.; riducibili 12 %; 6 quadrienni dec.

TRENTO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica, con annessa Stazione antirabbica, del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi in Trento. Al posto sono congiunti i seguenti emolumenti: stipendio L. 13.700 con 3 aumenti quadriennali di L. 600, rispettivamente lire 800 e L. 900, oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3500, al lordo di ritenuta di R. M. e contributi di legge; il tutto soggetto alla riduzione del 12 % (R. D. L. 20-XI-1930, N. 491). Al coadiutore potrà inoltre essere corrisposto un premio di operosità nella misura del 15 % dei proventi di analisi a pagamento di interesse privato. Scadenza ore sedici del 25 novembre 1932. Per ulteriori informazioni sui documenti, ecc., rivolgersi all'Ufficio Economato della Amministrazione Provinciale di Trento, inviando l'importo di lire due.

VEDELAGO (*Treviso*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 oltre L. 2500 trasp.; età lim. 35 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. E. Q. Thornton, professore di materia medica all'Università di Filadelfia, è nominato professore di terapia in quella medesima Università, quale successore del defunto prof. E. H. Funk.

Sono nominati professori di chirurgia (clinica chirurgica) il dott. Peter Walzel a Graz e il dott. Burghard Breitner a Innsbruck, l'uno e l'altro docenti privati a Vienna.

Il dott. Ernst Gellhorn, professore di fisiologia all'Università dell'Oregon, è chiamato a insegnare la stessa disciplina all'Università dell'Illinois (Chicago).

Il dott. J. Kackenzie è nominato professore di oto-rino-laringologia alla Scuola medica dell'Università della California meridionale a Los Angeles.

Il dott. B. P. Lajos è nominato docente di patologia e terapia delle malattie reumatiche all'Università di Budapest. Sembra questo il primo insegnamento del genere fin'ora istituito.

Il prof. Roberto Landinar è nominato rettore dell'Università di Bolivia.

Il prof. Campos Cantidio de Moura è nominato direttore della Facoltà medica di San Paolo del Brasile.

NOTIZIE DIVERSE.

21° Congresso italiano delle scienze.

Uno sviluppo imponente e significativo ha assunto la riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, tenutasi a Roma dal 9 al 15 ottobre.

Per disposizione del Capo del Governo, tale riunione — posta sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche — è stata inserita nel grande quadro delle manifestazioni con le quali si celebra il Decennale della Rivoluzione fascista. Al tempo stesso la Società celebrava il suo 25° anno di fondazione.

L'inaugurazione ha avuto luogo con grande solennità al Campidoglio, presenti il Capo del Governo, molte delle maggiori autorità dello Stato e moltissime illustrazioni della scienza italiana.

Dopo il saluto del Governatore di Roma, prese la parola il sen. Marconi, presidente del Comitato ordinatore. Egli ha affermato che quest'adunanza è un atto di fede fascista ed un'affermazione secondo cui l'opera compiuta dal Regime per il progresso culturale e scientifico del Paese, è opera poderosa, coordinata, feconda di risultati. Ha annunziato l'invio alla grande esposizione di Chicago, di un ricco materiale che testimonierà il contributo dell'Italia alla storia della civiltà.

Il ministro dell'educazione nazionale, on. Ercole, ha tenuto un poderoso discorso, in cui ha dimostrato che la nuova coscienza italiana è emersa da un profondo travaglio, iniziatosi col Risorgimento e che, attraverso la guerra vittoriosa, si è concluso nel fascismo. Esso porta a valorizzare la scienza, in tutti i suoi rami, e con questa gli uomini che ne sono cultori.

S. Ecc. on. Mussolini ha rievocato quanto il Regime ha fatto nel suo primo decennio per lo sviluppo della scienza italiana. Ha affermato che il clima della Rivoluzione può essere particolarmente favorevole alla ricerca scientifica ed ha rilevato che la scienza, pur essendo universalistica, deve essere aderente alla vita del popolo. Ha quindi invitato gli scienziati italiani a lavorare con metodo, con tenacia ed in silenzio, assicurandoli che il Governo ed il popolo italiano seguono i loro sforzi con viva simpatia. Quindi in nome di S. M. il Re ha dichiarato aperta la XXI Riunione della Società Italiana per il progresso delle scienze.

Il discorso del Duce ha suscitato il più vivo entusiasmo nell'assemblea.

I congressisti sono stati 1753, ossia in numero molto superiore a quelli avutisi nei precedenti congressi; vi sono state rappresentate 42 Accademie e altre Istituzioni scientifiche. Le relazioni e comunicazioni hanno superato il numero di 700.

I lavori hanno avuto luogo presso gl'Istituti di chimica e di botanica, con un programma amplissimo, in cui erano degnamente rappresentate la biologia e la medicina, in particolare nella Sezione di fisiologia e psicologia e in quella di patologia, presiedute rispettivamente dai proff. padre Gemelli e Mariani. Tra le relazioni fatte segnaliamo quelle del prof. Frugoni, sui problemi d'ipersensibilità nella patologia umana (verrà pubblicata per intero sulla Sezione Medica del « Policlinico »), del prof. Bottazzi sulle vitamine, del prof. Bonanni sui rimedi antimalarici, del prof. De Blasi sull'igiene delle città, del prof. Devoto sulla cura dell'ulcera gastro-duodenale mediante il benzoato di sodio per via endovenosa, ecc.

Le sedute di chiusura si sono tenute nella Reale Accademia dei Lincei. Il presidente della Società, on. Blanc, fece il resoconto dell'attività sociale nell'ultimo anno.

Alle cariche sociali rinnovate sono stati eletti: vice-presidenti i proff. De Blasi e Ducati, vice-segretario il prof. Teofilato, economo il dott. Rapi.

Si è deciso di tenere la prossima riunione a Bari.

Al Congresso è stata unita una Mostra di materiale didattico.

I lavori sono stati inframezzati da ricevimenti e da escursioni.

Il Capo del Governo, a nuova prova del suo interessamento per coloro che si dedicano alla ricerca scientifica, si è compiaciuto di dotare la XXI Riunione della Società di 25 premi di L. 1000, da assegnare alle migliori memorie inedite, che da soci, siano presentate e discusse al Congresso. I premi sono intitolati al « Decennale della Rivoluzione fascista ».

Nella Classe di scienze biologiche sono stati premiati i dottori: Ugo Cassinis, Silvia Colla, Giuseppe Genna, Celso Guareschi, Michele La Porta, Paolo Francesco Mazza, Eugenio Montanaro, Bindo Riccioni, Bora Sereni, Giovanni Truffi.

Premiazione dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Il Capo del Governo ha ricevuto la Federazione Fascista per la lotta contro la tubercolosi, i presidenti dei Consorzi ed i presidenti e delegati regionali della Federazione.

Il presidente della Federazione ha esposto i risultati della campagna antitubercolare nella giornata del Fiore e della Doppia Croce, che ha reso oltre 11 milioni (4 più dell'anno passato), somma che verrà integralmente spesa per l'assistenza ai tubercolotici poveri nelle varie provincie.

Il Duce ha lodato i dirigenti della battaglia antitubercolare, ha impartito le disposizioni per la campagna dell'anno venturo, ed ha distribuito le medaglie d'oro ai consorzi premiati: primo premio Fiume e Milano; secondo premio Brescia e Genova; terzo premio Bengasi, Lecce, Spezia, Verona, Imperia, Zara, Savona, Mantova, Brindisi, Cremona, Messina, Bologna, Livorno, Trieste, Palermo, Gorizia, Padova, Sassari, Aosta, Venezia, Parma, Lucca, Roma, Catanzaro, Arezzo, Firenze, Trento, Massa Carrara, Siracusa, Varese, Cagliari, Catania.

Per aver poi validamente contribuito al buon esito della campagna, sono stati premiati dal Capo del Governo l'« Agenzia Stefani », la Federazione Nazionale Fascista della proprietà edilizia, la Confederazione Nazionale Fascista dei Trasporti e quella dello Spettacolo, nonchè il Sindacato Portieri.

I contributi incassati nel 1930 ammontarono a L. 2.357.147; nel 1931 la cifra degli incassi salì a L. 7.530.013 e nel 1932 si è giunti, come si è detto, a più di 11 milioni.

L'onore della vittoria tocca a tutte le provincie d'Italia e specialmente a quelle che animosamente si sono piazzate tra le prime trentacinque, e che ora hanno avuto dalle mani del Capo del Governo il segno del riconoscimento e della riconoscenza.

Si chiude così la campagna dell'anno X.

La Federazione Nazionale Italiana Fascista per la Lotta contro la tubercolosi — che nel 1926 rompendo tutti gli indugi fu costretta ad esporre diretta-

mente al Duce, e con parole rudi ma vere, il miserevole stato della lotta contro la tubercolosi, per ottenere la legge dell'assicurazione obbligatoria — quella stessa Federazione, immutata negli uomini e nella fede, ha dovuto, nel 1931, chiedere che la già morente Festa del Fiore assurgesse a vera grande campagna unitaria nazionale e fosse bandita nel suo nome. In soli due anni, con mezzi nuovissimi, la campagna ha già permeato strati profondi dello spirito pubblico.

La graduatoria della media dei contributi raccolti nel 1932, in rapporto alla popolazione, nelle varie regioni, è la seguente: Liguria 0,625; Lombardia 0,448; Venezia Giulia 0,366; Puglie 0,313; Veneto 0,310; Sardegna 0,240; Toscana 0,216; Sicilia 0,209; Venezia Tridentina 0,200; Lazio 0,195; Piemonte 0,179; Emilia 0,173; Calabrie 0,162; Campania 0,141; Umbria 0,119; Marche 0,107; Abruzzi e Molise 0,099; Basilicata 0,073.

Aggiungiamo che i soggetti visitati nei dispensari antitubercolari, mentre nel 1922 furono meno di mille, nel 1931 raggiunsero quasi 35 mila; i ricoverati da poco più di mille nel 1922 sono divenuti nel 1931 oltre 70 mila.

Comitato per la medicina al Consiglio nazionale delle Ricerche.

Con decreto del Capo del Governo è stato ricostituito il Comitato nazionale per la Medicina del Consiglio nazionale delle Ricerche. Sono stati nominati: presidente onorario: prof. sen. Ettore Marchiafava; presidente effettivo: prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia; segretario: dott. Alessandro Messea; vice segretari i proff. Silvestri e Tommasi Crudeli; membri i proff.: Agostini, Alessandri, Alessandrini, Alfieri, Allaria, Bardelli, Bastianelli Giuseppe, sen. Bastianelli Raffaele, Beretta, Bertolotti, Bilancioni, Bosellini, Burci, Busi, Casagrandi, sen. Castellani, on. Castellino Nicolò, Castellino Pietro, Cavara, Cerletti, Dalla Vedova, D'Amato, De Sanctis, De Vecchi, Devoto, Di Marzio, Dominici, Donaggio, Donati, Fasiani, Ferrannini, Ferrata, Fichera, Fragnito, Frugoni, sen. Gabbi, Giardina, sen. Giordano, Grixoni, Ilvento, Jemma, Lanfranchi, Leotta, Maggiora-Vergano, Manfredi, Mariani, Micheli Cesare, Micheli Ferdinando, on. Morelli, Mariani, on. Muscatello, Ottolenghi, Ovio, on. Paolucci, sen. Pascale, Pende, Pentimalli, Pepere, Perez, sen. Pestalozza, Pianese, Rossi, Schupfer, Serra, Sotti, Spolverini, Tandoja, Valagussa, sen. Viola, Vitali, Zeri; membri per la carica: il direttore generale della Sanità pubblica; il direttore generale della Sanità militare; il direttore generale della Sanità militare marittima; il capo servizio sanitario della R. Aeronautica; il direttore capo divisione del Servizio veterinario della Sanità pubblica; il direttore della Scuola di Sanità militare marittima.

Il Comitato nazionale per la Medicina sta ora specialmente occupandosi di ricerche sperimentali ed epidemiologiche sulla difesa contro la febbre tifoide, sul reumatismo, sull'uso dei sieri dei convalescenti, sulla protezione contro alcune malattie infettive, sull'anchilostomiasi e sulla febbre ondulante.

Congressi medici di Bologna.

Si è tenuto a Bologna il 3° Congresso della Società Italiana di oto-neuro-oftalmologia, a cui è stato abbinato il 1° Congresso della Società radio-neuro-chirurgica. Vi hanno partecipato numerosi specialisti italiani e stranieri. All'inaugurazione, che ha avuto luogo nell'Aula Magna della nuova Clinica neurologica, parlarono: i proff. Di Marzio promotore dell'iniziativa, Donati, Bilancioni e Ovio, in nome di varie Società rappresentate; il prof. Ceni tenne il discorso inaugurale sul tema: « Reazioni cerebro-psichiche e cerebro-viscerali nel concetto vitalistico ». Il prof. Di Marzio ha commemorato i proff. Mingazzini e Ferrari.

Hanno avuto luogo numerose relazioni e comunicazioni di alto interesse. I congressisti hanno fatto una gita a Ferrara, ove sono stati chiusi i lavori.

* * *

Si è adunato a Bologna, nella Clinica ortopedica dell'Ospedale Rizzoli, il 23° congresso della Società Italiana di ortopedia, con l'intervento di numerosi specialisti, italiani e stranieri. Alla seduta inaugurale erano presenti alte autorità; parlarono il Prefetto, gr. uff. Guadagnini, il prof. Galeazzi, presidente della Società e il R. Commissario dell'Istituto Rizzoli comm. Turchi.

Vennero svolte le relazioni del prof. Putti, presidente del congresso, e del prof. Ferrarini; seguirono 18 comunicazioni e una seduta dimostrativa.

3° Congresso internazionale sul reumatismo.

Si è svolto a Parigi dal 13 al 15 ottobre, con l'intervento di molti studiosi. Alla seduta inaugurale, tenutasi nel grande anfiteatro della Facoltà di medicina, erano presenti il ministro della sanità Godart, il rettore dell'Accademia di Parigi Charléty, il decano della Facoltà di medicina Balthazard, il direttore dell'Istituto Pasteur Roux e altre autorità e personalità; della delegazione italiana era a capo il prof. Frugoni. Tenne il discorso inaugurale il presidente del Congresso, Bezançon. Tra i relatori erano, per l'Italia, i proff. Frugoni, Peserico e Pisani; sono state fatte comunicazioni dal prof. Chini e dal dott. Magrassi della Clinica Medica di Roma. Temi svolti: « I sintomi iniziali del reumatismo cronico »; « Reumatismo e tubercolosi »; « Reumatismo e professione ». All'Ospedale Saint-Antoine ebbe luogo una presentazione di malati.

La giornata italiana del reumatismo.

Il convegno annuale che l'Associazione Italiana di Idroclimatologia tiene per lo studio delle affezioni reumatiche, si è tenuto in collegamento con la riunione della Società Italiana per il progresso delle scienze il 14 ottobre, nell'aula della Clinica Medica di Roma. V'intervennero numerosi congressisti. Discorsi introduttivi furono pronunziati dall'on. E. Morelli e dal prof. L. Devoto; poi il prof. M. Lusena svolse il tema centrale della giornata, « Le infezioni focali e le sindromi a tipo reumatico »; seguì una interessante discussione. Ebbero ancora luogo varie comunicazioni. In fine di seduta parlarono il conte A. Messea e il sen. L. Simonetta; rispose il prof. Devoto, che riassunse i risultati del convegno.

Seguì una gita agli Stabilimenti termali delle Acque Albule.

Convegno provinciale di medici condotti.

Si è tenuto a Forlì, sotto la presidenza del Commissario federale on. Fossa e alla presenza del medico provinciale in rappresentanza del Prefetto. Sono stati esaminati e discussi vari problemi interessanti la categoria e l'assistenza sanitaria.

Consorzio per la lotta contro il cancro a Catania.

Si è costituito a Catania, ad iniziativa del Prefetto Francesco Benigni, un consorzio per il funzionamento, nell'Ospedale Vittorio Emanuele, di un « Centro per lo studio e la lotta contro i tumori ». Del consorzio fanno parte: Comune, Provincia, Ospedale Vittorio Emanuele, R. Università e Sezione catanese della Lega italiana contro il cancro.

Per detto Centro il Commissario prefettizio all'Ospedale Vittorio Emanuele, dott. Rosario Brancati, ha già fatto allestire ed arredare tutto un nuovo padiglione, attrezzato modernamente e che sarà inaugurato il prossimo 28 ottobre.

In Sicilia non esiste ancora un Istituto simile, così bene organizzato, fornito di una così cospicua quantità di radio. Ne sarà animatore un chirurgo di chiara fama, l'on. prof. Giuseppe Muscatello, Magnifico Rettore dell'Ateneo.

Scuola di perfezionamento di Clinica pediatrica a Napoli.

Col prossimo anno accademico avrà inizio presso l'Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento per laureati, della durata di due anni (1932-33, 1933-34).

Gli esami di profitto saranno dati in due gruppi, uno alla fine del primo e l'altro alla fine del secondo anno. Al termine del biennio gli iscritti conseguiranno il diploma di perfezionamento che dà diritto alla qualifica di specialista in pediatria.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione della Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame 4, Napoli 157); per tutto quanto riflette la iscrizione, alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli.

L'Ospedale psichiatrico di Reggio Calabria.

Nel decennale della Marcia su Roma l'Amministrazione provinciale di Reggio Calabria inaugurerà una delle maggiori opere fatte sorgere dal Regime nella regione: l'Ospedale Psichiatrico. Esso è a 3 km. dal centro cittadino, in località amena, denominata « Piani di Modena »; il complesso dei fabbricati copre un'area di 7800 mq. e lo stabilimento ha una fronte di m. 280 per una profondità massima di m. 250. I padiglioni sono 14, di cui 8 per gli ammalati, gli altri per l'amministrazione, per servizi sanitari specializzati, per riparti di lavoro ecc. Intorno al plesso edilizio si estende una colonia agricola che occupa circa 13 ettari. L'ospedale potrà ricoverare 460 infermi; la spesa è risultata di 11 milioni e mezzo circa. L'ospedale completa le numerose provvidenze assistenziali e profilattiche sorte sotto l'impulso del Regime: il Sanatorio Vitt. Em. III costruito dall'O. N. I. G. ad Aspromonte, l'Ospedale Civile di Reggio, l'Istituto Principe di Piemonte del Consorzio provinciale antitubercolare, i nuovi Brefotrofi, il Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi, i dispensari del Consorzio antitracomatoso e del Comitato antimalarico, formano un insieme di opere coordinate ed efficienti.

Nuovo ospedale a Teramo.

È stato inaugurato a Teramo l'Ospedale Vittorio Emanuele III — sorto sotto gli auspicî della Congregazione di Carità — alla presenza di alte autorità politiche e civili dell'Abruzzo.

I principali padiglioni ora in efficienza sono quelli destinati alla Sezione medica, alla Sezione chirurgica e al dispensario antitubercolare; in seguito verranno costruiti o ultimati i padiglioni pei celtici, per l'isolamento e per la maternità.

Il padiglione chirurgico si estende su di un fronte di 85 m.; è a tre piani, di cui uno seminterrato; ha due sopraelevazioni, per gli alloggi del personale sanitario e delle suore. Comprende un reparto di radiologia ed elettroterapia ed un reparto operatorio.

Per il sanatorio del clero.

Il cardinale Bisleti, prefetto della Congregazione dei seminari e delle università, ha diretto una lettera al card. Minoretti, arcivescovo di Genova, nella sua qualità di presidente della Federazione tra le associazioni del clero d'Italia, elogiando l'iniziativa della Federazione stessa per la fondazione di un sanatorio in cui possano essere concentrati quei giovani sacerdoti e seminaristi di recente affetti da tubercolosi o in procinto di esserne colpiti, affinchè essi vi possano essere convenientemente assistiti e curati con speranza di guarigione pur continuando, con speciale regime, i loro studi.

Naturalmente tale sanatorio (che può anche essere uno dei seminari già esistenti o in costruzione) deve essere situato in favorevoli condizioni climatiche, presentare particolari caratteristiche ed essere dotato di speciali impianti.

Elargizioni.

L'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia comunica:

La Società Anonima Industria Nazionale surrogati di caffè « Franck » di Milano, a ricordare la cinquantenaria ricorrenza della fondazione, ha offerto all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia la somma di lire centomila per la costituzione del fondo pupillare. Per questa munifica donazione l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, in segno della propria riconoscenza, ha conferito la medaglia d'oro alla Società « Franck », la quale si è resa altamente benemerita dell'assistenza materna e infantile italiana.

All'Università di Parma.

Chiamato dalla Società Medica di Parma, il chirurgo americano prof. Sheehan ha tenuto, nella sala operatoria della Clinica chirurgica del prof. Paolucci, una seduta di alta chirurgia plastica. Erano presenti molti chirurghi e medici della città e delle città vicine, che hanno avuto agio di ammirare l'abilità e sicurezza del chirurgo americano. Nel pomeriggio ha avuto luogo una conferenza nell'auletta della R. Università, alla presenza di un folto pubblico di scienziati e studenti.

Nella stampa medica.

Viene annunziata la pubblicazione di un « Archivio per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio », rassegna bimestrale fondata e diretta dai proff. L. Zoja e A. Gasbarrini, destinata a ospitare lavori scientifici e riviste critiche.

Lo studio del ricambio materiale ed energetico si dimostra sempre più d'importanza fondamentale nella patologia; quindi si giustifica appieno la fondazione del nuovo periodico specializzato, cui daranno vita due personalità di alto valore nel campo dottrinale ed in quello clinico.

La direzione e la redazione hanno sede presso l'Istituto di Clinica Medica di Milano (via Sforza 35).

Al nuovo confratello vanno i nostri ferventi auguri.

La sanità coloniale ad un congresso spagnolo.

In seno al V Congresso africanista adunatosi in Madrid durante il mese di ottobre, sotto la presidenza di O. de Buen, sono stati presi in esame vari problemi di sanità coloniale, tra cui l'organizzazione dell'insegnamento pubblico e i suoi rapporti con l'igiene scolastica nelle colonie e un progetto d'Istituto coloniale di sanità.

Cinematografia sul cancro.

Il periodico « American Journal of Cancer » — che dispone di mezzi cospicui e che si fa notare per la sua mole davvero imponente — ha fatto allestire due cinematografie sul cancro: « Metodi tecnici per lo studio del cancro » e « Il cancro della pelle »; altre sono in esecuzione. Le pellicole vengono fornite in due dimensioni: da 16 e 35 mm. di larghezza; sono concesse in prestito gratuitamente, ma *solo negli Stati Uniti*. Per eventuali informazioni rivolgersi a « The Motion Picture Department, American Journal of Cancer », 1145 Amsterdam Avenue, New York.

In materia di responsabilità degli ospedali.

Alla Corte suprema del Wisconsin è giunto un processo motivato dalla morte di un bambino in un ospedale, per emorragia consecutiva a tonsillectomia. Il processo coinvolgeva il chirurgo operatore, per negligenza, e tre interni e due infermiere che avevano assistito il bambino dopo l'intervento, per pratica illegale, in quanto che non erano ancora diplomati. La sentenza esclude questa seconda accusa, dacchè la legge stabilisce che i diplomandi debbano fare pratica in un ospedale. Riguardo alla prima accusa, sarà necessaria una perizia (che comprovi se i vari capi di accusa rispondano a verità: mancato accertamento del tempo di coagulazione del sangue prima dell'intervento, mancata somministrazione di mezzi anticoagulanti poi, mancata trasfusione all'ultimo momento, ecc.).

Traffico di stupefacenti.

Si è svolto a Milano un processo contro 33 imputati — tra cui medici, farmacisti e tossicomani — per traffico e spaccio di stupefacenti. Si è concluso con varie condanne e varie assoluzioni; tra gli assolti è uno dei due medici che erano accusati.

La più grande farmacia del mondo.

L'« Apotheker Zeitung » di Berlino informa che tale si considera la Farmacia Centrale di New York. Essa approvvigiona 26 ospedali e 156 ambulatori polivalenti del Municipio. I prodotti vengono forniti al prezzo di acquisto, aumentato di una lieve provvigione per le spese generali. Il giro annuo di affari risulta relativamente modesto, di 750.000 dollari (14 milioni di lire it.). L'entrata principale dell'immobile è in alto; possono giungervi pesanti camions, dopo di che i prodotti vengono distribuiti, per mezzo di portacarichi verticali e orizzontali, ai magazzini ed ai vari reparti.

RONALD ROSS

RONALD ROSS nacque ad Almora, ai piedi della catena dell'Himalaya, il 13 maggio 1857, da un generale scozzese in servizio nelle Indie. All'età di otto anni fu condotto in Inghilterra, ove frequentò le scuole secondarie, dimostrando spiccata tendenza per la geometria ed il disegno. Giunto ai 17 anni, si dovette decidere sull'indirizzo dei suoi studi; Ronald voleva dedicarsi alle lettere ed alle arti, ma suo padre aveva già stabilito: egli doveva prepararsi ad entrare nel servizio medico militare indiano, che a quell'epoca offriva ottime possibilità di avanzamento. Così, il 1° ottobre 1874, egli iniziò il corso di medicina, con scarso entusiasmo, e durante il secondo anno trascurò gli studi universitari per dedicarsi alla poesia ed alla musica; di questa cercava di comprendere le armonie analizzandole matematicamente.

Infine, nel 1881, ottenne la laurea in medicina: così il sogno del padre era realizzato, e Ronald Ross era ormai in grado di aspirare alla carriera medica in India.

Prima d'imbarcarsi per la nuova destinazione lo vediamo ancora occuparsi di musica, scultura e pittura, le quali avevano per lui ben maggiori attrattive che lo studio della medicina.

Arrivato a Bombay, alla fine del 1881, si dedicò allo sport ed a studi letterari, cercando di leggere negli originali le opere di Tasso, Alfieri, Racine, Omero, Virgilio. In questo primo periodo di tempo della sua permanenza in India, si può considerare che la sua occupazione principale fu quella letteraria: scrisse una commedia, « I Mi-

santropì », due romanzi, « Il Maggiore » e « Gli Emigranti », ed un nuovo dramma epico, « Il Pigmalione », che fece stampare nel 1883.

Da quell'epoca lo vediamo dedicarsi allo studio della matematica, che egli chiama la sua calamità, poichè per cinque anni fu assorbito da quello studio fino all'esaurimento, concedendosi pochi intervalli di riposo, che dedicava alla poesia ed alla musica.

Infine, nel 1888, dopo sette anni passati fra gli studi più svariati, riconobbe di aver completamente trascurato la medicina; per questo, e per curare il suo esaurimento fisico, ottenne un anno di licenza onde recarsi in Inghilterra; quivi si dedicò seriamente allo studio della medicina, ottenendo il diploma d'igiene.

Nel marzo 1894 lo vediamo ritornare di nuovo in Inghilterra per un anno e qui ebbe i primi contatti con Manson, che era in quel tempo ritornato dalla Cina.

In un pomeriggio del 1894, mentre accompagnava Manson al « Seamen's Hospital », camminando lungo la « Oxford street », Manson gli disse che aveva formulato la nuova teoria secondo cui le zanzare trasmettono la malaria analogamente a quanto avviene per le filarie, e gli prospettò un piano di ricerche. Ross rimase profondamente impressionato dalle argomentazioni di Manson, si entusiasmò per la nuova impresa e stabilì di dedicarsi subito a controllare l'ipotesi di Manson appena tornato in India. Fedele al suo nuovo programma, nella primavera del 1895 iniziava già le sue memorabili ricerche.

Questo temperamento poderoso, multiforme, che non aveva lasciato orme profonde nell'arte, nella musica, nella letteratura e nella matematica, poichè aveva fino ad allora studiato senza guida e senza indirizzo, doveva legare il suo nome ad una delle più geniali scoperte dell'umanità, quando il suo entusiasmo, il suo ingegno potente, la sua perseveranza ed il metodo severo di ricerca, proprio all'abito del matematico, fossero stati guidati dall'esperienza e dalla mente organica di Manson.

Fu così che Ross, facendo pungere uccelli infetti di proteosoma, da una specie di zanzare (*grey mosquito* o *zanzare grige*), determinava, in queste, delle forme speciali che si sviluppavano nelle pareti dell'intestino medio, dove il proteosoma prendeva, secondo Ross, l'aspetto di un coccidio (*proteosoma-coccidia*); nelle capsule mature di questi coccidi si formavano « bastoncelli germinali » (*germinal rods*), i quali andavano ad accumularsi nelle glandole « veleno-salivari » del *grey mosquito* che, a questo punto, diventava capace di infettare di proteosoma i passeri sani, con la puntura (1898). Da tali ricerche, che ci dànno le prime nozioni sulle forme di vita di un emosporidio nel corpo delle zanzare, emergeva inoltre come dimostrato un fatto importante, cioè che non tutte le specie di zanzare potevano essere ospiti di un dato ematozoo; difatti Ross soltanto nel *grey mosquito* trovò le forme evolutive dei suoi *proteosoma-coccidia*. Questa cognizione rendeva più che verosimile anche per l'uomo che soltanto determinate specie di zanzare potessero trasportare l'infezione; onde la necessità di uno studio zoologico preliminare sulle zanzare dei luoghi malarici, diretto a stabilire quali fossero le specie dominanti.

Seguirono, così, le brillanti ricerche della scuola italiana, che portarono la luce completa sulla trasmissione della malaria umana.

La grande scoperta era compiuta e Ross ebbe la gloria che meritavano il suo talento e la sua tenacia, senza che venisse mai offuscata, come egli credette, dalla gloria che, ugualmente meritata, il mondo tributava ai ricercatori italiani.

Le vicende ulteriori della vita di Ross sono ben note; ricordiamo soltanto che la sua scoperta venne consacrata da un premio Nobel. Negli ultimi anni dirigeva con impegno, a Londra, l'Istituto Ross di medicina tropicale.

A. Missiroli.

Indice alfabetico per materie.

G. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 31 Ottobre 1932 - X Num. 44

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma.

Un caso di sarcoma osteogenico della tibia destra.

LEZIONE CLINICA

del Prof. R. ALESSANDRI, Direttore.

Il paziente che vi presento oggi è un giovane di 23 anni, sarto. Ha genitori viventi e sani. Nulla nei collaterali. Nega malattie veneree. A 8 anni ebbe linfadenite acuta sottomascellare destra guarita in un mese. È stato poi sempre bene fino al dicembre u. s. quando, dopo una lunga passeggiata avvertì un lieve dolore alla regione malleolare esterna del piede destro. Il dolore scomparve il giorno dopo per ripresentarsi saltuariamente ogni settimana circa, cessando appena il paziente si metteva a riposo. Un mese dopo, nel gennaio u. s. il paziente si accorse della comparsa di una tumefazione che non regrediva nel riposo, e che insorta nella regione esterna del piede destro si diffuse verso l'interno. Consultato un sanitario questo prescrisse riposo e applicazioni di pomate. Dopo 15 giorni, il paziente riprese a camminare senza dolori notevoli, benchè la tumefazione fosse rimasta di eguale volume. Nel marzo la tumefazione era aumentata di volume, i dolori erano sempre modici. Dal sanitario fu osservato che la tumefazione, all'interno, prima dura era diminuita di consistenza. Fu fatta diagnosi di ascesso freddo e consigliato riposo completo. Aumentata ancora di volume la tumefazione, fu eseguita una puntura esplorativa che dette esito a sangue puro. Gli venne consigliato allora un esame radiografico e dopo questo il paziente presentatosi al nostro ambulatorio viene ricoverato in clinica.

*
* *

Da questi brevi cenni anamnestici possiamo ricavare dati importanti che ci devono servire alla giusta interpretazione della lesione. Come hanno sentito dalla anamnesi, i sanitari che prima di noi osservarono il paziente pensarono trattarsi di una lesione interessante l'articolazione del piede destro, lesione che per essere comparsa e decorsa senza febbre e per il suo carattere di lenta progressività è stata considerata e curata come una lesione tubercolare dell'articolazione. A questo proposito è im-

portante di osservare due fatti: anzitutto che il dolore non era in rapporto con i movimenti dell'articolazione e in secondo luogo che il paziente conservava quasi normale il movimento del piede. Questa semplice considerazione deve richiamare la vostra attenzione in quanto ci dice che primitivamente e per lungo tempo, l'articolazione è stata indenne e non poteva ammettersi una malattia che interessasse la sinoviale e la capsula articolare.

Dopo un breve periodo di dolori non molto intensi e a carattere saltuario compare, come ci dice esattamente il malato, una tumefazione localizzata sopra l'articolazione del piede, nella regione malleolare esterna e che va progressivamente e abbastanza rapidamente aumentando di volume fino a raggiungere le dimensioni attuali estendendosi dalla regione malleolare esterna verso l'interno e verso l'alto. È precisamente la presenza di questa tumefazione che deve richiamare la nostra attenzione.

L'esame obbiettivo del paziente dimostra:

Condizioni generali ottime. Cicatrice da seconda intenzione nella regione sottomascellare destra. Arti inferiori di eguale lunghezza. Ipotrofia poco notevole della coscia e della gamba destra. In corrispondenza della regione sopramalleolare destra si nota una tumefazione irregolarmente cilindrica che interessa tutta la circonferenza dell'arto e che si estende dal margine del piede verso l'alto per 15 cm. La pelle che copre la tumefazione è tesa, quasi affatto spostabile, lucida, edematosa, di colorito rosso-violaceo all'interno dove traspaiono evidenti rami venosi. L'aumento di calore locale è notevole. I limiti superiori sono netti all'interno, indistinti verso l'esterno. In basso la tumefazione si arresta a livello dei malleoli di cui l'esterno è bene apprezzabile, l'interno si perde nella tumefazione. La superficie è irregolarmente lobata. La consistenza generalmente molle-elastica è in alcuni punti duro-elastica in altri duro-ossea, specie nella metà posteriore. La palpazione è indolente su quasi tutta la tumefazione; solo nella regione retromalleolare esterna si provoca con una pressione notevole un modico dolore. Il malleolo peroniero è aumentato di volume e il perone è riconoscibile alla palpazione. Nella sua faccia esterna il malleolo tibiale si continua nella tumefazione. La tumefazione non pulsa nè si avvertono soffi vascolari. Sulla faccia anteriore si nota la pulsazione della tibiale anteriore e della pedidia. La motilità passiva flesso-estensoria del piede è limitata, ma indolente. Sono possibili i movimenti estensori del piede e movimenti di lateralità accompagnati da rumore di scroscio. La motilità attiva è della stessa estensione della passiva, indolente, accompagnata da rumore di scroscio. Nulla a carico del resto dell'arto inferiore destro. Linfoghiandole inguinali immuni. Nulla nel resto dell'esame obbiettivo.

Orine normali, assente l'albumosa. Cutireazione intensamente positiva. R. W. neg.

*
* *

Questo breve sunto dell'esame obbiettivo ci permette di precisare esattamente i caratteri della tumefazione che si presenta alla nostra osservazione. È una tumefazione che colpisce la tibia destra nel suo terzo inferiore e che la deforma ingrossandola, che altera la normale configurazione del malleolo interno e altera la forma del capo articolare in modo da limitare la normale escursione flesso-estensoria del piede. Le parti molli sono sollevate dalla tumefazione e i tendini dei muscoli del gruppo anteriore e il tendine achilleo sono disposti all'esterno della tumefazione come è facile di constatare invitando il paziente a compiere dei movimenti attivi del piede e opponendosi all'esecuzione dei movimenti stessi.

La tumefazione, come si era sospettato dall'indagine anamnestica, non interessa l'articolazione; i movimenti del piede possono essere compiuti senza il minimo dolore se pure incompletamente.

Lo studio obbiettivo accurato della tumefazione ci dimostra che questa si estende verso l'alto fino al limite tra terzo inferiore e terzo medio ove inizia con limite indistinto dandoci la sensazione come se l'osso venisse « gonfiato » progressivamente tanto da raggiungere il massimo di volume all'altezza della regione malleolare. La consistenza di questa tumefazione è varia, in genere molle-elastica, in alcuni punti è duro-elastica, in altri duro-ossea e la palpazione anche energica è quasi ovunque del tutto indolente. Come hanno sentito dall'anamnesi una puntura esplorativa praticata sulla tumefazione ha dato esito a sangue puro.

I dati ricavati dall'esame del malato ci permettono di arrivare ad una diagnosi facile. In un giovane, una tumefazione comparsa subdolamente e cresciuta abbastanza rapidamente fino al volume attuale, localizzata nel terzo inferiore della tibia destra, quasi affatto dolente soggettivamente e nulla alla palpazione deve far sorgere il sospetto che si tratti di un tumore e possiamo aggiungere di un tumore maligno dell'osso.

La tubercolosi tibio-tarsica è una lesione frequente della regione, però facilmente differenziabile. Come sanno, la localizzazione della tubercolosi tibio-tarsica è una localizzazione articolare, che fin dall'inizio provoca una limitazione notevole della articolarità del piede e rende i movimenti assai ridotti e molto dolorosi. La deambulazione è quasi impossibile fin dall'inizio. Dall'articolazione la lesione si diffonde alle parti vicine dando il tipico

aspetto del tumore bianco del piede. Si forma cioè una tumefazione più o meno notevole che si differenzia nettamente da quella che qui osserviamo per presentare il massimo della sua circonferenza e del suo volume in corrispondenza della linea articolare. Qui invece i dolori sono stati saltuari e modici nonostante si venisse formando una tumefazione abbastanza cospicua che, notino, ha il suo massimo di volume al di sopra dei malleoli. L'assenza di dolorabilità obbiettivabile, la possibilità di eseguire movimenti passivi e attivi del piede, la consistenza della tumefazione ci permettono di escludere facilmente la diagnosi di lesione tubercolare.

La diagnosi di sarcoma dell'osso è come abbiamo detto, facile nel nostro caso e la diagnosi clinica è nettamente confermata dall'esame radiografico eseguito nelle due proiezioni. Come vedono, questo dimostra che l'estremo inferiore della tibia destra è ingrossato e alterato nella sua struttura architettonica. Aree di ossificazione si alternano con aree di rarefazione, all'esterno dell'osso si nota la presenza di una tumefazione fusiforme a limiti netti con aree di ossificazione irregolarmente disposte. Alla base del malleolo interno si nota una linea di frattura senza spostamento dei monconi e ciò spiega quel rumore di scroscio osservato nell'eseguire i movimenti passivi del piede. La radiografia ci dimostra ancora l'esistenza di una decalcificazione diffusa di tutte le ossa del piede e la conservazione della cartilagine articolare della tibia.

In una terza radiografia eseguita nella stessa proiezione della prima notano come si rendano evidenti i grossi vasi dell'arto che sono spinti all'esterno dalla tumefazione. Questa radiografia è stata eseguita dopo una iniezione di un liquido radiopaco, e qui abbiamo usato l'Uroselectan, nell'arteria femorale. L'iniezione è stata fatta percutanea, alla radice dell'arto con la stessa tecnica di una iniezione endovenosa. L'arteriografia che in questo caso ci dimostra lo spostamento dei tronchi arteriosi all'esterno della massa tumorale, è nei casi di lesioni arteritiche e di gangrene dell'arto di una grandissima importanza per dimostrarci fino a qual punto arriva l'obliterazione vasale e fino a quale punto deve arrivare il nostro bisturi per non eccedere in più o in meno nell'exeresi.

In base all'esame radiografico noi possiamo perfezionare ancora di più la nostra diagnosi ponendo quella di *sarcoma osteogenico* della tibia destra.

Penso che a molti di loro il termine di sarcoma osteogenico debba riuscire nuovo. Per quanto riguarda la denominazione dei sarcomi delle ossa gli studi recenti hanno portato a una chiarificazione di grande valore e che rappresenta una acquisizione moderna molto importante. Il termine stesso di sarcoma delle ossa è venuto a sovrapporsi alla parola di osteo-sarcoma, che in senso stretto deve indicare un tumore misto, osteomatoso e sarcomatoso e ciò per distinguere nettamente i casi di sarcoma dell'osso in cui non esiste una neoformazione ossea da quelli in cui questa neoformazione esiste e si presenta sia nella forma osteoblastica che in quella ossificante. E dei sarcomi delle ossa si soleva distinguere quelli centrali da quelli periferici, questi ultimi quasi sempre con neoformazione ossea.

Lo studio di numerosissimi casi di sarcomi delle ossa ha permesso una descrizione più accurata e la individualizzazione di alcune forme che per i loro caratteri meritano di essere considerate a parte.

Il gruppo più numeroso di sarcomi delle ossa è rappresentato dal *sarcoma osteogenico*. Con questa parola si designa un tumore che deriva dagli elementi che differenziati sono classificati come osteoblasti. La distinzione ricorda il termine di epitelioma usato per i tumori della pelle, se ne differenzia però perchè mentre le cellule epiteliomatose ricordano più o meno l'elemento epiteliale, nel sarcoma osteogenico si possono trovare tutti i vari stadi dello sviluppo degli osteoblasti, dalla cellula fusata alla mucosa, alla cartilaginea, ecc. Infatti le metastasi di questi tumori possono mostrare cellule tumorali cartilaginee, tessuto mixomatoso, od osseo; e ciò ci dimostra la giustezza della interpretazione e della denominazione di tumore osteogenico. La differente evoluzione cui può andare incontro la cellula del tumore ci spiega perchè il tumore osteogenico non debba di necessità produrre dell'osso. La produzione di osso è potenziale nella cellula del tumore come è potenziale nella cellula osteoblastica normale. E nello stesso tumore possiamo trovare zone sarcomatose con osso, con cartilagine, ecc. Carattere peculiare del sarcoma osteogenico è la larga invasione e distruzione dell'osso che è molto più estesa di quanto non lo dimostri l'esame radiografico perchè l'invasione estesa nel canale midollare è precoce. Una certa difesa all'invasione dei tessuti parostali è rappresentata dal periostio che in un primo tempo prolifera formando un osso periosteo che tende ad arginare il tumore. Radiograficamente oltre alla produzione di osso periosteo è caratteristico di vedere spesso come la corticale dell'osso sembri inalterata per lungo tempo.

Lo stimolo e la distensione del periostio determinata dal sarcoma spiega la fase dolorosa della malattia. Per lungo tempo l'unico sintomo può essere rappresentato dal dolore per lo più a tipo urente o perforante, più forte di notte e capace di svegliare e tener desto tutta la notte il paziente.

Molto meno frequente del sarcoma osteogenico è il *sarcoma di Ewing*. Questo tumore preferisce le ossa piccole delle estremità e il

cranio. Nell'osso lungo è colpito di solito il corpo e non l'estremità. Il tumore sembra che incominci simultaneamente in numerosi punti dell'osso colpito. I focolai rapidamente confluiscono e si espandono in tutte le direzioni in modo che il cavo midollare è già tutto preso quando l'osso sembra ancora normale.

Le cellule che formano il tumore sono poliedriche a nucleo ovale, uniformi e per lo più sono disposte attorno ai vasi conferendo al tumore un aspetto di peritelioma. Caratteristica è l'assenza della sostanza intercellulare. Le metastasi si fanno di preferenza per via linfatica e nelle altre ossa dello scheletro.

La sede di predilezione è, come si è detto, la diafisi e per la precocità delle metastasi nel resto dello scheletro si è discusso se l'insorgenza del tumore non sia primitivamente multipla; il che è un fatto probabile.

Clinicamente il tumore inizia con un attacco doloroso localizzato in una determinata regione e con una elevazione febbrile. Dopo alcuni giorni l'attacco doloroso scompare per ripresentarsi di nuovo a intervalli sempre più ravvicinati. Gli errori diagnostici con il reumatismo e con l'osteomielite sono frequenti. Dal punto di vista curativo, per la molteplicità dei focolai il tumore non è passibile di cura chirurgica; in genere si ottengono risultati transitori con la radiumterapia.

Anche con caratteri di tumore multiplo si presenta il *mieloma*. Questo tumore colpisce a preferenza le parti medie delle ossa lunghe, invade rapidamente il midollo, più lentamente l'osso. Gli elementi tumorali più o meno anaplastici ricordano la struttura del linfocita o dell'endotelio.

Il dolore è sempre considerevole, la febbre scarsa. La diagnosi è fatta dalla radiografia. Per i caratteri di molteplicità del tumore è esclusa la cura chirurgica; il tumore si dimostra in genere molto sensibile ai raggi.

L'*angioendotelioma* è anche esso un tumore multiplo, molto raro, che clinicamente assomiglia al precedente di cui si differenzia per le caratteristiche istologiche. Questo è però un tipo di tumore ancora discusso; e dobbiamo ricordare come parecchi tumori interpretati come endoteliomi, a ricco sviluppo vasale, ed anche pulsanti, in realtà sono tumori metastatici a tipo tiroideo o surrenale.

Tra i tumori maligni delle ossa va ricordato ancora il cosidetto *sarcoma extraperiosteo*. Istologicamente è un fibrosarcoma, si origina dallo strato fibroso del periostio e quindi a differenza del sarcoma osteogenico è incapace di produrre osso. La diagnosi è clinica, radiologicamente possiamo trovare una erosione della corticale.

Di grande interesse è lo studio del *tumore giganto-cellulare* che prima andava con il nome di sarcoma a mieloplassi. Questo tumore è caratterizzato istologicamente dalla abbondanza di cellule giganti. Da molti è ammesso che questo tumore sia di origine infiammatoria, e da alcuni si accosta anche a quelle lesioni delle ossa che sono riferite a paratiroidosi.

Il tumore non è infiltrante, distrugge l'osso espandendo la vecchia corticale su cui il periostio va formando nuovi strati di osso. La perforazione del periostio si ha solo dopo fratture o in casi molto avanzati e ciò è un fatto distintivo importante del tumore. Istologicamente il tumore è caratterizzato per l'abbondanza di cellule giganti. Più frequente nelle donne coinvolge nella maggior parte dei casi l'epifisi. Il dolore è sempre meno notevole che non nel sarcoma osteogenico.

L'errore diagnostico più frequente è con l'osteomielite e la tubercolosi. La cura di scelta è quella chirurgica e la resezione è l'intervento più indicato. Il semplice scucchiaiamento è seguito spesso da recidiva. Metastasi sono rarissime e per questo carattere e la mancanza di infiltrazione il tumore è considerato spesso come benigno.

* *

Ricordate brevemente le nozioni più importanti sui sarcomi delle ossa desidero richiamare la vostra attenzione su un quesito di particolare interesse pratico che si presenta nel porre la diagnosi di tumore delle ossa. E precisamente voglio accennare alla grande frequenza di metastasi di tumori maligni di altri organi nelle ossa. Conoscete già la frequenza di esse nel cancro della mammella. Ma sono specialmente alcuni tumori come l'adenoma metastatico della tiroide, l'ipernefroma, il cancro della prostata che possono dare metastasi ossee che si impongono spesso per un tumore primitivo dell'osso perchè il tumore iniziale è piccolo e non apprezzabile clinicamente o decorre così subdolamente da sfuggire all'attenzione del malato e del medico.

Questi tumori possono presentarsi sotto forma osteolitica ma alcuni, come le metastasi del cancro della prostata, facilmente portano a produzione di nuovo osso assumendo una forma osteoformativa. Il carattere di molteplicità conta poco perchè queste metastasi possono essere singole; è invece un esame obbiettivo molto accurato quello che ci può portare ad una diagnosi esatta. L'indagine radiografica è naturalmente di grande valore ma non decisiva.

Stabilita nel nostro caso l'esistenza di un sarcoma osteogenico si impone lo stabilire l'indicazione curativa. È indispensabile per tale ragione di accertare se nel nostro malato esistano segni clinici di eventuali metastasi. L'esame obbiettivo accurato ci dà un reperto negativo in tale senso e l'esame radiografico del torace è negativo per eventuali metastasi polmonari. Possiamo quindi ritenere che nel

momento attuale il tumore sia ancora una malattia locale e possiamo sperare di ottenere con l'exeresi una guarigione definitiva.

In alcuni di questi tumori, può preferirsi un'operazione conservativa, come la resezione, in alcuni casi seguita da trapianto osseo.

Ma nel caso attuale, e in genere nei sarcomi osteogenici per la rapidità di diffusione del tumore nel canale midollare le operazioni di resezione danno risultati di gran lunga inferiori alle amputazioni. Nei tumori localizzati nell'estremo prossimale dell'arto alla amputazione è da preferirsi la disarticolazione. Nel nostro caso, in rapporto alla sede nel terzo inferiore della tibia e alle dimensioni ancora modeste del tumore, praticheremo una amputazione di gamba al terzo superiore.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI FISIOLOGIA UMANA
diretto dal Prof. SILVESTRO BAGLIONI.

Seguono i leucociti del sangue le stesse leggi dell'agglutinazione degli eritrociti?

Ricerche sperimentali.

Dott. FRANCO STIPA,
assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

Allorquando si cominciarono a praticare le prime trasfusioni di sangue da uomo a uomo furono osservati, già durante la trasfusione stessa, fenomeni di shock talora rapidamente mortali.

Studi accurati stabilirono l'esistenza nel siero di sangue di speciali sostanze, denominate agglutinine, per mezzo delle quali il siero stesso esercita il potere agglutinante su globuli rossi di determinati individui. I globuli rossi d'altra parte vengono agglutinati in grazia di certe sostanze in essi contenute chiamate agglutinogeni.

Al lume delle moderne conoscenze i fenomeni di shock osservati nelle prime trasfusioni, vengono interpretati come fatti di agglutinazione massiva del sangue del datore da parte del siero del ricevente.

Senza dilungarmi troppo su queste acquisizioni della scienza ormai a tutti note, ricorderò che esistono quattro gruppi di globuli rossi in rapporto ai poteri agglutinanti del siero:

1) i globuli del primo gruppo non sono agglutinati da nessun siero;

2) i globuli del secondo sono agglutinati dal siero del 1° e 3° gruppo;

3) i globuli del 3° sono agglutinati dal siero del 2° e 4°;

4) i globuli del 4° sono agglutinati dal siero del 1°-2° e 3° gruppo.

Rispettivamente:

il siero del 1° gruppo agglutina i globuli del 2°, 3° e 4°;

il siero del 2° gruppo agglutina i globuli del 3° e 4°;

il siero del 3° gruppo agglutina i globuli del 2° e 4;

il siero del 4° gruppo non agglutina i globuli di nessun gruppo.

In questi importanti studi, ai quali sono legati i nomi di Janski, Lattes, von Dungern, Hirschfeld, ecc. non sono stati presi in considerazione i globuli bianchi.

Solo nei riguardi delle modificazioni dell'attività leucocitaria a contatto del siero, Doan ha osservato una inibizione dell'attività stessa e ha creduto di poter stabilire tre gruppi di leucociti i quali non avrebbero niente a che fare con i noti gruppi di agglutinazione delle emazie.

Ma Rosenberger ha dimostrato che una inibizione dei movimenti dei leucociti è proprietà costante del siero.

Secondo Rosenberger l'azione del siero di un individuo varia da un giorno all'altro. La motilità dei leucociti è un fenomeno molto delicato e subisce per azione esterna facili disturbi.

Come si vede, le ricerche di Doan contraddette da Rosenberger vertono sullo studio delle modificazioni dei movimenti ameboidi dei leucociti.

Riferendomi ai quattro noti gruppi di agglutinazione dei globuli rossi, mi sono proposto di indagare se i leucociti seguono le medesime leggi, in ciò consigliato dal Prof. Baglioni. Ho cercato di stabilirne il comportamento sotto l'azione dei noti sieri agglutinanti, avendo in precedenza stabilito il gruppo sanguigno dal quale essi erano prelevati.

Più precisamente questi sono i quesiti ai quali ho cercato dare una risposta:

Esiste una agglutinazione dei globuli bianchi come ne esiste una dei rossi?

E se l'agglutinazione esiste, sono i leucociti catalogabili nei quattro noti gruppi di agglutinazione degli eritrociti o seguono leggi proprie di agglutinazione rispetto ai sieri?

Le esperienze sono state condotte alla seguente maniera (1):

(1) Nella loro esecuzione sono stato aiutato dal laureando Moschini Mario il quale ha utilizzato le ricerche per la sua tesi di laurea in Medicina.

1) determinazione del gruppo sanguigno del paziente in esame;

2) separazione dei globuli bianchi dai rossi;

3) studio del fenomeno di agglutinazione sui globuli bianchi separati.

La determinazione dei gruppi sanguigni è stata eseguita coi sieri dell'I. S. N. Sono stati utilizzati per le esperienze campioni di sangue appartenenti al 2° e 3° gruppo; poichè gli eritrociti del 1° gruppo come si sa, non sono agglutinati da nessun siero, e quelle del 4° essendo agglutinate dai sieri di 1°, 2° e 3° gruppo, non si sarebbe avuta la possibilità di fare i controlli nelle identiche condizioni.

La separazione dei globuli bianchi dai rossi è stata effettuata mediante forte e prolungata centrifugazione di cc. 1 di sangue diluito in cc. 10 di soluzione fisiologica. È noto infatti che dopo prolungata centrifugazione le emazie rimangono al disotto dei leucociti e sopra a questi la soluzione fisiologica. Aspirando delicatamente con una pipetta nello strato più superficiale dei globuli rossi ho ottenuto un liquido ricco di globuli bianchi e povero di emazie.

Non sono riuscito a ottenere con questo metodo una separazione completa, ma i pochi eritrociti presenti mi sono stati utili, poichè con essi ho potuto controllare volta per volta la bontà del siero.

Riferisco ora succintamente i risultati delle mie ricerche.

I GRUPPO DI ESPERIENZE.

a) Siero di sangue di 3° gruppo più globuli bianchi prelevati da sangue di 2° gruppo: avviene l'agglutinazione dei globuli bianchi in modo evidente; si vedono al microscopio gruppi di 8-10-15 globuli bianchi ma anche qualche leucocito isolato, i globuli rossi sono agglutinati a parte.

b) *Controllo*: Siero di sangue di 2° gruppo globuli bianchi prelevati da sangue di 2° gruppo. Avviene l'agglutinazione dei globuli bianchi alla stessa maniera che nelle esperienze precedenti. Si vedono anche qui globuli bianchi isolati, i globuli rossi sono come in un preparato normale di sangue.

Come si vede dall'esposizione di questo gruppo di esperienze i globuli bianchi rimangono agglutinati con ogni siero anche quando i globuli rossi non subiscono l'agglutinazione.

Esperienze e controlli ripetuti più e più volte hanno sempre dato i medesimi risultati.

II GRUPPO DI ESPERIENZE.

a) Siero di sangue di 2° gruppo; leucociti prelevati da sangue di 3° gruppo. Comportamento analogo al gruppo A della esperienza precedente.

b) *Controllo*: Siero di sangue di 3° gruppo, leucociti prelevati da sangue di 3° gruppo. Comportamento analogo al gruppo di controllo B dell'esperienza precedente.

Di fronte a questi fatti mi sono domandato se quelli che io avevo interpretato fenomeni di agglutinazione per azione di siero specifico non fosse invece in dipendenza di particolari modificazioni o alterazioni cellulari, tenuto conto della prolungata e forte centrifugazione.

Per chiarire questo punto sono ricorso ad esperienze mettendomi in pure condizioni fisiologiche; vale a dire ho studiato in definitiva l'agglutinazione di una piccola goccia di sangue: le emazie agglutinate non essendo molto numerose mi hanno permesso di vedere il comportamento dei leucociti evitando la centrifugazione e la presenza di siero fisiologico.

III GRUPPO DI ESPERIENZE.

a) Siero di sangue di 2° gruppo + piccola goccia di sangue di 3° gruppo: Avviene l'agglutinazione dei globuli rossi, ma rimangono isolati tutti i globuli bianchi.

b) *Controllo*: Siero di sangue di 2° gruppo + piccola goccia di sangue di 2° gruppo: Non avviene l'agglutinazione dei globuli rossi; anche i globuli bianchi rimangono isolati.

IV GRUPPO DI ESPERIENZE.

a) Siero di sangue di 3° gruppo + piccola goccia di sangue di 2° gruppo: Avviene l'agglutinazione dei globuli rossi, i globuli bianchi rimangono isolati.

b) *Controllo*: Siero di sangue di 3° gruppo, più piccola goccia di sangue di 3° gruppo. Non avviene l'agglutinazione dei globuli rossi, i globuli bianchi rimangono isolati.

Dando uno sguardo a questi dati di fatto appare subito che i globuli bianchi rimangono agglutinati solo se sono stati diluiti in soluzioni fisiologiche e sottoposti a forte centrifugazione. In queste condizioni l'agglutinazione avviene anche mediante l'uso di sieri non agglutinanti. Dobbiamo perciò pensare che il siero fisiologico, e più ancora la prolungata centrifugazione, producono nel protoplasma dei leucociti alterazioni o modificazioni fisiche chimiche tali, che la agglutinazione si avvera come fatto spontaneo.

Difatti ripetendo le esperienze su globuli bianchi non diluiti con soluzioni fisiologiche e non centrifugati, l'agglutinazione non si verifica.

Concludendo, si può affermare che l'agglutinazione dei leucociti da parte di sieri agglutinanti non ha luogo.

L'agglutinazione si verifica mediante l'azione di qualunque siero non per azione specifica del siero stesso, ma probabilmente per effetto di alterazioni cellulari indotte dalla soluzione fisiologica e in misura ancora maggiore dalla forte e prolungata centrifugazione.

RIASSUNTO.

L'A. ha cercato di contribuire alla soluzione del problema dell'agglutinazione dei leucociti per l'azione di sieri iso-agglutinanti giungendo alla conclusione che i globuli bianchi non seguono, in condizioni fisiologiche, le medesime leggi di agglutinazione dei globuli rossi.

Essi si agglutinano sotto l'azione di qualunque siero solo dopo forte e prolungata centrifugazione, per probabili alterazioni fisico-chimiche cellulari.

TECNICA.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI

diretto dal Prof. C. RIGHETTI.

Il valore clinico della reazione "Citochol" per la sifilide.

Dott. MARIO RONZINI, assist. e lib. doc.

Le reazioni di flocculazione per la sifilide s'iniziarono sin dal 1907 per opera di Michaelis il quale notò la formazione di un precipitato dal contatto di un siero sifilitico con un estratto di fegato sifilitico. Tali reazioni in seguito andarono sempre più perfezionandosi mercè le successive « prove », ormai numerosissime, di Meiniche (1917-1918), di Sachs-Georgi (1918), di Dold (1921), di Hecht, di Kahn (1925), di Müller, di Sachs e Witebsky (1928).

Fisso restando il valore semeiologico della reazione Wassermann la quale, malgrado il tramonto del suo primitivo concetto immunitario, rimane tuttora il metodo più sicuro e più sensibile nella siero-diagnosi della sifilide, la Conferenza Internazionale dei Sierologi tenuta a Copenaghen nel 1928 volle esprimere il suo giudizio sui vari metodi siero-diagnostici per la sifilide venendo alla conclusione che i risultati più brillanti si ottengono dalle flocculazioni perchè queste riescono a svelare un maggior numero di casi di lue anche rispetto alla deviazione del complemento.

Ma la stessa Conferenza non si espresse sfavorevolmente nei riguardi della R. W. cosicchè il tentativo di sostituire alla R. W. le R. F. non trovò sufficiente consenso (Sollazzo).

Emerse tuttavia che tra le R. F.: 1) per la *sensibilità* occupano i primi posti rispettivamente la Müller, la Kahn e la Citochol.

2) Per la *specificità* il primo posto va dato alla Citochol con 0,2 % di aspecificità.

3) Che nei riguardi delle reazioni dubbie la R. C. è superiore a tutte le altre R. F. perchè di chiara e facile interpretazione.

4) Che la R. C. è la più semplice, la più pratica e la più rapida di tutte le R. F.

Quando si consideri che la R. C. di Sachs e Witebsky su 100 sieri sifilitici fra reazioni positive (51,2) e reazioni dubbie (4,2) dà un totale di positività pari al 55,4 % mentre per la R.W. l'indice più alto di *sensibilità specifica* è del 54,6 % secondo Wyler (De Blasi), bisogna dedurre che il rendimento della R. W. non si trova rispetto a quella della Sachs-Witchsky in una condizione di superiorità mentre quest'ultima ha il vantaggio di una grande e pregevolissima facilità di esecuzione.

Sulla base di queste conoscenze e sulla guida di quanto all'estero è stato fatto da numerosi AA. ed in Italia dal Sollazzo, dal Bronzini e dal Cormio, ho anch'io eseguito una serie di ricerche clinico-sierologiche le quali confermano quelle degli AA. che mi hanno preceduto e permettono al tempo stesso di trarre delle conclusioni pratiche che ritengo non prive di interesse.

Le mie ricerche si basano sopra un totale di 446 sieri comparativamente esaminati con la R. W. e con la Citochol (*) ed esse rappresentano il contributo della nostra Clinica alla applicazione siero-diagnostica di uno dei metodi flocculanti.

Di questi 446 sieri: 92 hanno dato risultato positivo per la R. W. e per la R. C., 34 risultato discordante e cioè: 13 con R. W. positiva e R. C. negativa e 21 con R. C. positiva e R. W. negativa.

I 92 casi a reperto concordante appartengono tutti a soggetti sifilitici: specificità dunque 100/100.

Nei 13 casi a R. W. positiva e R. C. negativa troviamo 8 sieri di soggetti sifilitici e 5 sieri appartenenti a soggetti affetti da tbc. polmonare (2), eresipela e cancro dell'utero (1), insufficienza mitralica (1), malaria (1).

Nei 21 casi a R. C. positiva e R. W. negativa troviamo che 15 sieri appartengono a soggetti sifilitici e che i 6 rimanenti, provengono da soggetti con: malaria (1), carcinoma epatico (1), apicite t.b.c. (1), emiplegia isterica (1), porpora emorragica (1), meningite sierosa (1).

Tecnica della Citochol:

In una provettina: 0,2 di siero inattivato 1/2 h. a 55°; 0,1 di estratto Citochol diluito al 1/3 (1+2)

(*) Esprimo ai chiar.mi direttori delle Cliniche Dermosifilopatica, Medica, Pediatrica, Neuropatologica, nonchè al mio Maestro i voti della mia riconoscenza per avermi consentito la utilizzazione dei sieri stessi e le indagini sui malati.

con soluz. fisiol. 0,85 % previa maturazione per 10 minuti. Agitare per 10'' e dopo mezz'ora (temperatura ambiente) aggiungere 1 cc. di soluz. fis. 0,85 %. La lettura è immediata fatta contro luce naturale:

negatività: liquido limpido e trasparente;

positività: liquido opalescente, non trasparente, granuloso, flocculante. Per i casi negativi e dubbi utilissima riesce una seconda lettura dopo 8-12 ore.

Si possono usare dei controlli (che io trovo superflui) sostituendo in una provetta a parte, al posto dell'estratto Citochol, alcool 96° diluito all'1/3 con sol. fis. Tali controlli dovranno mantenersi limpidi.

Dal raffronto di questi ultimi due gruppi emerge una lieve ma non trascurabile prevalenza di specificità e sensibilità per la Citochol.

Da notare inoltre, a proposito di sensibilità, che in 2 casi di lesioni luetiche con R. W. e R. C. negative, la riattivazione con bismuto ha dato positività per la C. dopo 7 giorni ad onta della persistente negatività della R. W.

Dei 34 casi discordanti nessuno ha mostrato segni di positività netta ma solo parziale con + o + +, segno dunque che le divergenze in tanto esistono in quanto si tratta di casi a positività piuttosto attenuata.

Da quanto sopra se ne deduce che grazie alla R. C. abbiamo potuto svelare su 446 sieri, 15 positività per la sifilide che alla R. W. erano sfuggite ciò che permette di sottoscrivere l'affermazione di quegli AA. secondo i quali la pluralità dei metodi permette di svelare una maggiore percentuale di sieri sifilitici, alcuni dei quali sfuggirebbero all'accertamento ove si praticasse una sola reazione; poichè vi sono sieri che reagiscono più intensamente con l'uno o con l'altro metodo ed a volte reagiscono soltanto con uno (Sollazzo).

Pertanto non esito a consigliare come complemento della R. W. l'uso di una almeno delle R. F. il cui impiego riesce di valido ausilio nella interpretazione dei risultati dubbi e perchè la cifra di positività globale dei sieri esaminati viene ad avvantaggiarsene notevolmente.

Inoltre, malgrado l'opinione discorde dei più, ritengo che si possa affidare ai pratici ed a tutti coloro che non dispongono di una vasta attrezzatura e preparazione tecnica, quali si richiedono per la reazione della R. W., la pratica della Citochol la quale, per la sua semplicità è alla portata di chiunque abbia un minimo di conoscenze sierologiche. Occorre però che la R. C. sia stata vista eseguire almeno per qualche volta.

E il poter praticare una siero-diagnosi per la sifilide nello spazio di un'ora è vantaggio per sè stesso evidentissimo.

In base alla esperienza acquisita nella clinica e circoscrivendo la questione al punto di vista del rendimento pratico, non si vuole affermare che la R. C. debba sostituirsi alla R. W. ma è lecito diffondere il concetto che la reazione di Sachs e Witebsky può da sola costituire, in un primo tempo almeno, un ottimo mezzo diagnostico di *orientamento* salvo che le esigenze cliniche e sierologiche non richiedano un ulteriore sviluppo di indagini laddove lo si ritenga opportuno.

Rimane tuttavia fermo il concetto che dinanzi alla R. C. positiva la diagnosi di lue s'impone.

RIASSUNTO.

Contributo clinico di 446 sieri comparativamente esaminati con la R. W. e con la R. C. di Sachs-Witebsky. Fissi restando il valore e l'importanza della R. W. l'A. segnala la utilità pratica della R. C. per la sensibilità, specificità e facilità di esecuzione.

LAVORI CONSULTATI.

BRONZINI M. *La reaz. di Sachs e Witebsky.* Rin. Med., n. 11, 1931.

CORMIO A. *Sulla reaz. di flocc. di Sachs e Witebsky.* Giorn. di Batter. e Imm., n. 1, 1932.

DE BLASI D. *Sul val. compar. dei met. di flocc. e di fissaz. del compl. nella sierodiagn. della sfl.* Rin. Med., n. 11, 1929.

FACCHINI V. *La Sierodiagn. della sifilide.* L. Cappelli, 1929.

SACHS H., WITEBSKY E. *Citocholreaktion und Lentocholreak.* Klin. Woch., n. 26, 1928.

ID. ID. *Zur Frage der Verwendbarkeit von Citocholextrakten zur Liquoruntersuchung.* Ibid., n. 42, 1929; n. 11, 1930.

SOLLAZZO G. *La reaz. Citochol.* Diagn. e Tecn. di labor., n. 1, 1931.

TINTI M. *La pratica clin. delle reaz. di W., Sachs-Georgi, Meinicke.* Riv. di Clin. Med., 1925.

ID. Ibid., 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico Umberto I in Roma - II Padiglione Chirurgia.
Primario: Prof. O. MARGARUCCI

Sopra due casi di vasi renali anomali

per il dott. ANTONINO PANAGIA, assistente.

Molti Autori, specialmente negli ultimi anni, si sono occupati dei vasi anomali del rene.

Data l'importanza dell'argomento, abbiamo creduto non del tutto inutile apportare alla casistica, ormai abbastanza numerosa, il contributo di due nuovi casi, studiati e operati nel 2° Padiglione di Chirurgia del Policlinico Umberto I, diretto dal Prof. O. Margarucci.

La presenza di vasi anomali nel rene si spiega facilmente se si pensa allo sviluppo embrionale del rene, con le numerose arterie Wolfiane, che nella migrazione e rotazione dei reni sono destinate ad atrofizzarsi; alle volte però una o più di esse non vanno incontro a questo processo d'involuzione e persistono anche nella vita extra-embrionale.

Per questa ragione sarebbe più proprio parlare di « variazioni dei vasi renali », come dice Hellström, e non di vasi anomali, accessori, aberranti, sopranumerari, ecc.

I vari AA. forniscono dati statistici diversi: B. Charke li trovò nella proporzione dell'1:300; Albarran nel 9 %; Eisendrath e Straus li hanno riscontrati nell'11 % dei casi; Schmerber nel 14 % su 200 reni; Zeldawitch nel 18 % su 300 reni; Papin nel 19,35 %; Bruzz nel 20 % dei cadaveri; Ancel nel 20 % circa dei casi; Thompson nel 25,5 %; Brewer nel 28,9 % su 300 casi; Wiart nel 29,1 % su 24 reni; Helm nel 32 % su 96 casi; Micheleau 33,3 % su 30 reni; Ferre Georg su 1555 reni ha trovato il 33,6 %; Hellström su 200 reni il 46 %.

Riguardo al numero delle arterie l'evenienza più abituale è che si tratti di due arterie, come nei nostri due casi, ma possono essere in numero di 3-4-5 e anche di 6 come in un caso di Papin e in uno di Lozzi.

Le arterie accessorie originano spesso dall'aorta addominale, meno frequentemente dalle iliache o dal tronco celiaco o dalla mesenterica inferiore o dalla spermatica.

È raro osservare l'origine dei vasi anomali dalle lombari, dalla capsulare media, dalla diaframmatica inf., dalla epatica destra e dalla colica destra.

Esse possono penetrare nel rene dall'ilo o finire direttamente nel parenchima renale in corrispondenza dei poli (più frequentemente del superiore) o delle facce anteriore e posteriore.

Nel loro decorso spesso incrociano l'uretere passando nel maggior numero delle volte davanti (3:4); in uno dei nostri casi l'arteria polare inferiore incrociava l'uretere passando dietro.

Dalle statistiche riferite risulta dunque evidente che è frequente trovare delle arterie renali anomali, ma non tutte hanno importanza dal punto di vista della patologia; il più delle volte si tratta di un reperto accidentale durante l'intervento operatorio o nell'autopsia.

Tra di esse la maggior importanza spetta alle arterie che incrociano l'uretere, perchè possono determinare da sole o in comunione con altri fattori un'idronefrosi.

Bisogna però tenere sempre presente la possibilità di incontrarle ogni volta che si interviene sul rene, perchè possono essere causa di sorprendenti incidenti, come è occorso in uno dei nostri pazienti.

Passiamo ora all'illustrazione dei due casi.

CASO I. — T. Antonio, anni 35, affetto di calcolosi rene destro con piuria, confermata radiologicamente.

Operazione 27-IV-1930 (prof. Margarucci). — Narcosi eterea. Incisione lombare. Penetrazione nella loggia renale. Isolamento (scarso tessuto adiposo perirenale) del rene e della pelvi allo scopo di preparare il peduncolo vasale ed applicarvi il Klemmer di Faure. L'isolamento era riuscito assai facile per le due facce anteriore e posteriore e per il polo superiore.

FIG. 1. — Disegno schematico dell'arteria renale accessoria.

Al polo inferiore invece si connetteva ancora un cordone di aspetto fibro-lipomatoso, il quale, procedendo dal basso e dall'innanzi, si portava nella parte più declive del margine renale, per guadagnare poi la faccia posteriore e l'ilo. Questo cordone venne pertanto sezionato con un colpo di forbice poco prima che esso prendesse contatto col rene. Immediatamente il campo operatorio venne inondato da sangue arterioso, che proveniva a getto in massima parte dalla porzione bassa del cordone reciso, ma in discreta copia anche dalla porzione che era rimasta connessa col rene.

I capi recisi del cordone, presi con due Kocher, cessarono di dar sangue. Applicato un Klemmer sul peduncolo vasale e sezionati i vasi, il rene venne abbassato e, previa doppia legatura dell'uretere e sua sezione tra di esse, rimosso. Il cordone di cui sopra, in apparenza costituito da connettivo coperto di zolle di grasso, anche esso legato, lasciava vedere nella parte centrale la sezione di un'arteria del calibro di una radiale. I vasi renali — arteria e vena — ben controllati avevano il calibro abituale.

Preparando sul rene i vasi, si potè stabilire (fig. 1):

a) la presenza dell'arteria e della vena renale colla abituale ripartizione e penetrazione dei loro rami nell'ilo per i 4/5 superiori;

b) l'arteria casualmente incontrata si porta anch'essa in corrispondenza dell'ilo e vi penetra dopo essersi divisa in due rami, mentre ognuno di questi a sua volta si suddivide nell'atto di guadagnare la sostanza renale, contribuendo così all'irrorazione della parte bassa del rene.

Si tratta qui di un'arteria renale accessoria di calibro notevole, che, penetrando dall'ilo, provvedeva alla nutrizione del rene approssimativamente nel suo 1/5 inferiore.

CASO II. — B. Armando, sarto, di anni 32.

Nulla nell'anamnesi famigliare; a 18 anni blenorragia.

A 25 anni fu sottoposto a cura mercuriale (consigliata dal medico in base a R. W. +), che fu protratta per tre anni. È ammogliato; la moglie è vivente e sana; non ha figli. Alla fine di settembre '28, alle 4 del mattino, a letto, il p. fu assalito improvvisamente da forti dolori alla regione renale destra, che si propagavano fino alla radice dello scroto. Vomito, non febbre. Questo accesso doloroso si dileguò dopo 4-5 ore.

Dopo circa due mesi, precisamente il 25 novembre, il p. narra che mentre era a passeggio fu colto nuovamente da dolore acutissimo alla regione renale, che si propagava alla radice dello scroto. Fattosi trasportare a casa, si mise a letto: i dolori perduravano; si verificò vomito, modica elevazione termica. Minzione dolorosa, urine di colore rossastro.

Entra in reparto il 1° dicembre.

E. O.: condizioni generali buone. Nutrizione buona. Colorito roseo della cute. Pupille uguali, ben reagenti; temp. 36,4. Polso ritmico, media ampiezza, un po' frequente (90). Lingua detersa, umida.

Torace. — *Polmoni*: bene espansibili; nulla alla percussione ed alla ascoltazione.

Cuore: nei limiti, toni netti.

Addome: tutta la metà destra è dolente alla palpazione. Con la palpazione bimanuale si ha l'impressione, nelle profonde inspirazioni, di apprezzare il polo inferiore del rene destro; la manovra riesce dolente.

La stessa manovra per altro risveglia un leggero dolore anche a sinistra.

La pressione nella regione lombare destra è anche dolorosa; singolarmente netto è il dolore nell'angolo costo-vertebrale.

Nettamente positiva è la manovra del Giordano a destra.

Esame urine: reaz. acida, peso specifico 1021, colore giallo, albumina assente, glucosio assente, muco-pus assente, urea 33.254 per mille, cloruri 6,20 per mille.

Sedimento: alcuni leucociti, rari epiteli di sfaldamento, parecchi cristalli di ossalato di calcio, alcuni cristalli di acido urico.

Cistoscopia: vescica ben contenente, non irritabile, mucosa lievemente arrossata, sbocchi normali, cateterismo a destra.

L'esame dell'urina estratta mediante cateterismo ureterale dà: reazione acida; urea 15.348 per mille; cloruri: 5,60 per mille.

Sedimento: discreto numero di epiteli di sfaldamento, pochi leucociti, alcune emazie.

Radiografia: negativa per presenza di calcoli.

FIG. 2. — Pieloureterografia eseguita prima dell'intervento operatorio.

Pielografia destra (fig. 2): La pielografia mostra la pelvi ingrandita e così pure i due calici sup. ed inf.: questo è triramificato. La porzione iustarenale dell'uretere è molto accollata al margine mediale del rene. Nel punto di passaggio tra questa porzione e il rimanente dell'uretere, all'altezza quindi del polo inferiore, sul radiogramma si vede che l'uretere, anzichè rettilineo, decorre a spirale, costituendosi in quel punto una doppia inflessione. Per quanto se ne possa giudicare dall'ombra del radiogramma, non si ha l'impressione che la

porzione dell'uretere soprastante all'incurvamento dell'asse ureterale, sia dilatata; anzi appare il contrario.

Nemmeno in questa radiografia si riesce a svelare ombre di calcoli.

Il p. continua ad accusare lievi dolori al fianco destro, che non raggiungono però l'intensità dei giorni antecedenti alla entrata in ospedale. Viene deciso l'intervento operatorio con diagnosi di: idronefrosi destra; coliche renali.

Operazione 14-XII-1928 (prof. Margarucci).

Eteronarcosi regolare.

Incisione obliqua lombare dall'alto ed in fuori (XII costola) alla cresta iliaca. Giunti nella loggia renale, si incide la fascia renale (successivamente si escide anche la XII costola per avere maggior luce). Il tessuto adiposo perirenale è fortemente sviluppato, ma molle. Questo viene facilmente ammassato lateralmente, così da scoprire il rene, il quale giace totalmente sotto l'ipocondrio. Il tessuto renale attraverso la sottile capsula propria non mostra deviazioni dalla norma: colorito abituale; superficie in genere regolare e liscia, se si eccettua qualche lieve solcatura nella porzione alta, che si vede ben manifesta più tardi, quando il rene verrà esteriorizzato. Sulla corticale, qua e là, si vedono anche alcune piccole cisti a contenuto chiaro, di poco sporgenti dal piano della corteccia, e sempre sottocapsulari.

Quando il rene è liberato dalle sue labili connessioni colla capsula adiposa, può venire facilmente estratto tra i margini dell'incisione operatoria e può bene essere esplorato.

Una prima palpazione digitale della pelvi e dei calici non rileva la presenza di calcoli, nè di tumori. Il tessuto adiposo dell'ilo è molle; nessuna resistenza mostra la sostanza propria del rene.

Per procedere all'esplorazione dell'uretere, il rene viene sospeso ad una lunghetta e rovesciato all'innanzi, in modo da dislocare il margine concavo all'innanzi ed in alto, verso il bordo costale: così è bene esposta la faccia posteriore del rene e della pelvi.

Continuando l'esplorazione con la mano sinistra del polo inferiore del rene, nell'atto di portare il rene nella posizione sopradetta, si avverte subito la presenza di un cordoncino resistente — del calibro di un deferente — che, provenendo dal basso, si continua e si arresta, aderendovi, al polo inferiore stesso del rene. Questo cordoncino, al tatto, si mostra anche pulsante.

Si sospetta subito di essere di fronte alla presenza di un vaso anomalo (a. polare) al quale forse devono imputarsi le alterazioni rilevate dalla pielografia e determinanti gli accessi renali dolorosi.

Allora si procede ad una esplorazione anatomica della regione e si pone bene in vista il rene per studiarne i rapporti.

Ed ecco quanto si pone in chiaro:

Bisogna premettere che si è accertato, mediante la palpazione digitale dell'ilo, che il peduncolo arterioso renale ha i suoi rapporti normali coll'ilo. Cioè l'arteria renale proviene dall'alto e dalla linea mediana in basso e verso l'ilo renale per raggiungere quest'ultimo medialmente e rispettivamente, in corrispondenza della parte alta della pelvi.

Ritornando all'esame della faccia posteriore del rene, si riconosce bene la parete liscia della pelvi e dell'uretere che se ne ne distacca. Si segue anche la porzione iniziale e quella sottostante che rasenta, aderendovi lassamente, in maniera retti linea, il margine mediale della metà inf. del rene (sia detto di passaggio che il rene è più grande del normale in modo concentrico).

Seguendo l'uretere al di sotto del polo inf. (fig. 3) si riconosce che esso è incrociato con un angolo acuto da una formazione cordoniforme, che si identifica con quella già rilevata alla palpazione. Detta formazione proviene dal basso e dopo aver incrociato l'uretere, situandosi in questa giacitura del rene, all'innanzi di esso, cioè coprendolo alquanto alla vista, si termina al polo del rene,

Fig. 3. — Disegno schematico del rene visto dalla faccia posteriore.

a circa 2 cm. dall'apice e sulla faccia posteriore di questo. Si ha l'impressione che questo cordoncino poco distensibile possa esercitare una compressione sul canale ureterale. Preso tra le dita pulsa e l'arteria che lo compone essenzialmente dà l'impressione di una radiale di medio calibro. Si prepara detto cordoncino onde metterlo bene in evidenza e poscia lo si reseca fra una pinza emostatica applicata vicino all'inserzione sul polo renale inferiore e la porzione bassa che non ancora ha incrociato l'uretere.

Asportato il cordoncino, l'uretere si solleva e si spiega, come liberato da una stretta. Nel cordoncino asportato si comprende la sezione di un vaso arterioso rigido e di una piccola venula affiancata. Non si crede necessario insistere nella ricerca della porzione centrale del vaso.

Si colloca il rene nella sua posizione normale e si suturano i piani muscolo-aponeurotici divisi. La capsula adiposa non viene suturata.

Si comprende facilmente che il vaso anomalo polare incrociava l'uretere situato posteriormente, ossia in un piano più profondo dell'uretere.

Nel nostro caso la storia del paziente non ci dice di sofferenze patite per lungo tempo, ma la prima manifestazione è data da un attacco doloroso a tipo di colica renale, dileguatosi dopo poche ore, per ripresentarsi dopo circa due mesi con gli stessi caratteri. Questo dato non esclude un'uronefrosi congenita, perchè è cosa ormai nota che un'idronefrosi, specialmente se piccola e intermittente, come spesso accade da principio, può esistere per molto tempo senza produrre dei sintomi. Al momento dell'entrata in ospedale il p. presentava all'esame dolore alla pressione nella regione renale destra e sopratutto nell'angolo costo-vertebrale; positiva la manovra del Giordano.

Con la palpazione bimanuale si riusciva ad apprezzare indistintamente il polo inferiore del rene nelle profonde inspirazioni. Non si poteva parlare quindi di ptosi renale.

Si è sottoposto il p. all'indagine radiologica diretta delle vie urinarie, nel sospetto potesse trattarsi di calcolosi, e questa indagine riuscì negativa.

Maggiori indicazioni potè fornirci la pielografia ascendente con mezzo opaco, dimostrandoci la pelvi ingrandita e l'inginocchiamento dell'uretere, senza che nemmeno da questo esame fossero svelate ombre attribuibili a calcoli.

Si pensò allora trattarsi di coliche renali da idronefrosi; occorreva però stabilire quale potesse essere la causa dell'idronefrosi; ma non era possibile decidere se la gomitatura era dovuta ad una malformazione dell'uretere, o ad un vaso anomalo che faceva pressione sull'uretere, o a qualche altra causa.

Tale quesito sarà più semplice a risolversi quando potremo disporre di mezzi facili di arteriografia.

FIG. 4. — Pieloureterografia eseguita un mese dopo l'intervento.

FIG. 5. — Pieloureterografia eseguita 5 mesi dopo l'intervento.

All'intervento operativo si riscontrò un vaso polare inferiore, proveniente verosimilmente dall'aorta, di calibro abbastanza considerevole, che, passando posteriormente all'uretere, lo comprimeva fino al punto di restringere il suo lume.

Che la gomitatura dell'uretere e il restringimento di esso derivassero dalla compressione prodotta dal vaso, teso come una corda, era reso evidente dal fatto che, una volta reciso il cordone vasale, l'uretere, come se liberato da una morsa, si è subito disteso.

Convinti che la causa unica dell'idronefrosi fosse la presenza del vaso polare, anche perchè, come risulta dalla relazione dell'atto operativo, l'esame scrupoloso del rene non permetteva altre supposizioni, non si credette opportuno ri-

correre ad altri complementi d'intervento. Ed i fatti ci hanno dato ragione, giustificando in pieno la linea di condotta tenuta.

I radiogrammi eseguiti con mezzo opaco ad un mese ed a cinque mesi di distanza, (figg. 4 e 5) dimostrano chiaramente l'impicciolimento della pelvi renale ed il regolare decorso dell'uretere.

Il paziente, interrogato fino al momento dell'ultimo esame, riferisce di non aver notato più alcun disturbo. Avremmo desiderato eseguire un altro radiogramma a 3 anni di distanza dell'intervento operatorio, a prova della normale funzionalità del rene, perchè ci è stato assicurato che il paziente, che non è stato possibile interrogare personalmente, non ha avuto più a lamentarsi di alcun disturbo.

Bisogna però notare che in casi simili alcuni autori hanno osservato il ripresentarsi dopo qualche tempo degli stessi disturbi.

Da quanto abbiamo precedentemente riferito, ci sembra risultare abbastanza chiaramente che i disturbi sofferti dal paziente siano da riferirsi all'idronefrosi.

Nè all'esame clinico, nè all'osservazione diretta durante l'atto operatorio è stato possibile mettere in evidenza altre ragioni che abbiano difficoltato il progredire dell'urina attraverso l'uretere, all'infuori della constatazione di un'arteria polare inferiore.

Il raddrizzamento dell'uretere, dopo la resezione del vaso, il mantenersi di questo raddrizzamento e l'impicciolimento della pelvi renale e l'assenza completa di disturbi posteriormente all'atto operativo, ci autorizzano a pensare che nel nostro paziente lo stabilirsi dell'idronefrosi sia da imputarsi esclusivamente alla presenza del vaso polare, a contatto dell'uretere che incrociava obliquamente.

L'aver osservato la rapida distensione dell'uretere, liberato dalla corda che lo teneva teso, ci porta ad immaginare che l'ostacolo prodotto dalla presenza del vaso sia stato essenzialmente di natura meccanica, d'accordo con la teoria sostenuta da Alessandri, Charlier, Groudvez, Kummer, Lyis, Mayo, Marion, Mathè, senza escludere che, come pensano Fey e Legueu, la presenza del vaso abbia potuto determinare sull'apparato neuromuscolare dell'uretere dei disturbi di natura dinamica e quindi un ostacolo al normale passaggio dell'urina.

***

Tra le diverse cause capaci di produrre delle uronefrosi di origine congenita, e tra queste si comprendono anche quelle che compaiono nell'adulto per anomalie di sviluppo esistenti fin dalla nascita, molti invocano i vasi anomali.

Dopo che Rokitanski nel 1841 e Boogard nel 1857 ebbero descritto dei casi di questo tipo, molte pubblicazioni, specialmente recenti, sono venute a confermare e a fare rilevare la relativa frequenza delle idronefrosi di questa origine.

Un'arteria, o più raramente una vena, come nel caso recente di Amorosi, può ostacolare il deflusso dell'urina, occludendo l'uretere, poichè (Papin ed Inglesias 1909) si vedono arterie che scavano solchi nelle ossa.

E numerosi sono gli AA. che hanno dimostrato con le loro casistiche questa possibilità.

Però non mancano gli autori che limitano o negano l'importanza di questo fattore etiologico nella produzione dell'idronefrosi.

Eckehorn pensa che sia necessaria una speciale disposizione del vaso in rapporto all'uretere affinchè si verifichi la gomitatura e il restringimento, con conseguente idronefrosi, e cioè che il vaso passi avanti all'uretere per terminare nella parte posteriore dell'ilo renale, oppure, incrociandolo indietro, raggiunga l'ilo dalla sua parte anteriore.

Bazy dà molta importanza alle malformazioni congenite pieloureteriche, escludendo la possibilità che un vaso anomalo possa da solo produrre la obliterazione del lume dell'uretere che, se anche gomitato, è sempre capace di contrarsi e fare scorrere liberamente l'urina.

Molti, pur riconoscendo che il vaso anomalo possa prendere parte nel meccanismo di produzione dell'idronefrosi, pensano che da solo non sia in grado di produrre l'idronefrosi, e assegnano un notevole valore ad altri fattori, come ingrandimento congenito del bacinetto, anomalie della porzione iniziale dell'uretere, disturbi della peristalsi del bacinetto e dell'uretere, tumefazione infiammatoria della mucosa del bacinetto, diminuzione del grasso perirenale, e soprattutto la ptosi renale. Di questo parere sono Alglave, Betren, Borelius, Caporale, Gregoire, Hellström, Merkel, Perthes ed altri.

Tuffier ed Albarran pensano che la flessione dell'uretere si verifichi dopo lo spostamento del rene.

Lozzi, che ha una statistica di 18 casi di uropionefrosi, dà importanza alla mobilità del rene, facendo però rilevare che il vaso anomalo è la causa prima dello stabilirsi dell'idronefrosi.

Altri, fra cui English e Rumpel, considerano il vaso anomalo come fattore di aggravamento di uronefrosi di altra origine; e altri ancora,

negando ogni valore alle anomalie vasali, pensano che si tratti di vasi aberranti in idronefrosi esistenti.

Vario è stato il comportamento dei diversi autori nel decidere la natura dell'intervento operativo nell'idronefrosi dei vasi anomali.

Noi, come abbiamo già riferito, abbiamo avuto risultato favorevole dalla semplice recisione del vaso anomalo, avendo potuto accertare la scomparsa dei disturbi a notevole distanza dall'atto operativo. A questo intervento si può associare la pessia del rene, nel caso si accompagni ptosi renale, e la plastica dell'uretere in caso di stenosi, oltre i provvedimenti necessari per le eventuali complicazioni, come l'asportazione di un calcolo, ecc.

Quando la sacca idronefrotica ha raggiunto una considerevole grandezza e il parenchima renale è in gran parte scomparso per il processo di atrofia, che si stabilisce nelle idronefrosi che datano da parecchio tempo, oppure quando vi è sopraggiunta infezione, è consigliabile ricorrere ad un intervento radicale, come la nefrectomia; mentre negli altri casi la sezione del vaso è l'intervento di elezione, e tanto più efficace quanto più la malattia viene colta al principio, perchè ovviamente le lesioni idronefrotiche molto avanzate, è dubbio che possano giovarsi della semplice sezione del vaso.

Le recidive o l'efficacia passeggera osservata da alcuni Autori dopo la sezione del vaso, con molta probabilità si debbono riportare a stati molto avanzati della malattia, per i quali è impedita la restaurazione anatomica e funzionale della pelvi dilatata.

RIASSUNTO.

L'Autore illustra due casi di vasi anomali del rene: nel 1° caso si tratta di vera *arteria renale accessoria*, riscontrata casualmente durante un intervento operatorio.

Nel 2° caso si tratta di un'*arteria polare inferiore*, che incrocia posteriormente l'uretere, causando inginocchiamento di esso e idronefrosi: messi bene in evidenza colla radiografia, prima dell'intervento operatorio. Colla semplice sezione del vaso si ottenne guarigione clinica completa.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. R. Acc. Med. di Roma, 1914.
AIGLAVE. Discussion à la Soc. de Chir. de Paris, Séances du 27 mars au 15 mai 1923; Journ. d'Urolog., 1923.
AMOROSI. Arch. Ital. di Urol. III, 1931.
BAZY Enc. franç. d'Urol., t. III, pag. 146.
BORELIUS. Folia Urol., t. VII, n. 1, giugno 1913.
BREMER. Amer. Journ. Anat., 638, 1906.
CAPORALE. Arch. Ital. di Chir., vol. XXIV, pag. 503.
CARLIER. Ass. Franç. d'Urol., 10ª sess., pag. 158.
CHARLIER. Comm. et disc. à la Soc. de Chir. de Paris, 27 mars, 17 avril, 15 mai 1923 .
DONATI e VANNUCCI. Relazione al Congresso soc. it. di Chir., Padova, 1926.
DUVAL e GREGOIRE. Tr. Ass. Franc. d'Urol., 1926.
ECHEHORN. Sem. med., 1907, Arch. f. Klin. Chir., pag. 955, 1907.
FERRE GEORGE. Urol Rev., 33, 678-681, 1929.
GREGOIRE. v. CHARLIER.
GROUZDEFF. Chirurgia, T. XXXII, n. 189, sett. 1912.
HELLSTRÖM. Act. Chir. Scand., vol. LXI, f. 4, 1927.
ID. Zeit. Urol. Chir., 24, 253-272, 1928.
HIMM and HEPLER. Arch. Surg., pag. 917, 1925.
HUTCHINSON. Journ. d'Urol., 1913.
KELLY. Trans. Amer. Urol. Ass., pag. 387, 1909.
LASIO. Pratica urologica, 1929.
ID. Atti VIII Congresso italiano di chirur., 1929.
LEGUEU. Atti II Congresso Soc. Intern. d'Uurol., vol. II, 1924 .
LEGUEU, FEY, TROCHOTE. Bull. de la Soc. Franc. d'Urol., nov. 1924.
LOZZI. Atti, Acc. Rom. Lancisiana, 1930.
ID. Gazzetta degli Osped. e delle Clin., 38, 1931.
MATHÉ. Surg. Gyn. and Obstr., pag. 605, 1925.
ID. The Journ. of Urol., vol. XXX, p. 211, 1928.
MAYO W. Journ. Amer. Med. Ass., pag. 1383.
MARION. Comm. e Disc. alla Soc. de Chir. de Paris, 1923.
MERKEL. Virchow's Arch., Bd. 191, 1908.
PERTHES. Münch. med. Woch., n. 40, 1° ottobre 1912, pag. 2204.
PAPIN. Atti II Congresso intern. d'Urol., vol. II, 1924.
ID. *Chirurgie du rein*, t. 1, 258-273.
RUMPEL. V Congr. Deut. Gesel. f. Urol. Wien, 1921.
RUPERT. Surg. Gyn. and Obstr., 1913.
TUFFIER. Comm. et disc. à la Soc. de Chir. de Paris, 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Contributo allo studio delle cefalee intermittenti.

(A. P. THOMPSON. *The Lancet*, 30 luglio 1932).

L'A. riferisce 25 casi di cefalea intermittente, scompagnata da sintomi visivi, quali si osservano nella forma classica dell'emicrania.

Tali cefalee insorgevano prevalentemente in coincidenza con la mestruazione. In 17 dei 25 casi descritti, fu possibile di dimostrare radiologicamente l'esistenza di note patologiche, bene evidenti, a carico della sella turcica, costituite quasi costantemente da ossificazione dei legamenti interclinoidei.

In nove soggetti, tale ossificazione era completa, in tre la scelta era certamente più piccola che di norma; in due pazienti si notavano delle ombre lievi, espressione di un'alterazione patologica di minore intensità.

In altri tre casi i processi clineoidei posteriori, eccezionalmente prominenti, giungevano quasi a contatto con gli anteriori; in tre vi erano segni di intenso riassorbimento dell'osso che costituisce il *dorsum sellae*, e negli ultimi due la sella stessa pareva allargata, non di tanto però, da consentire la diagnosi di tumore ipofisario.

La descrizione che usualmente si dà del « diaphragma sellae » (una membrana che copre quasi completamente la sella turcica) non sarebbe secondo l'A., corretta. Normalmente il diaframma sarebbe incompleto e di tanto, che un moderato aumento di volume dell'ipofisi, potrebbe non dare segni d'ipertensione endosellare. Appare quindi suggestiva l'ipotesi che, i soggetti con ossificazione dei legamenti interclinoidei, e diaframma eccezionalmente sviluppato, siano per questo particolarmente disposti alla ipertensione intrasellare.

L'A. pensa che nella serie dei casi da lui descritti, le cefalee accessionali, fossero appunto dovute ad aumento della tensione locale nella sella turcica, collegata con l'insorgenza della mestruazione.

In appoggio di questo suo modo di vedere, l'A. adduce i seguenti fatti:

a) i risultati di recenti lavori sperimentali, eseguiti su scimmie, che parlerebbero nettamente per un'azione del lobo anteriore dell'ipofisi, determinante il flusso mestruale.

b) il fatto che si notarono cefalee insorgenti in coincidenza con la mestruazione in due donne, in cui molti anni dopo, si sviluppò un tumore della pituitaria.

c) due esempi di diretta eredità e dell'ossificazione dei legamenti interclinoidei, e delle cefalee mestruali.

d) la assenza di alterazioni sellari radiologicamente dimostrabili, in soggetti che non andavano soggetti a cefalee.

e) il miglioramento della cefalea in una notevole percentuale dei casi, trattati con ormone follicolare ovarico, che era stato dimostrato, in animali da esperimento, capace di ridurre il volume dell'ipofisi.

Molto recentemente si è affermato, che molte pazienti affette da tali cefalee, insorgenti verso la fine di mestruazioni prolungate e spesso abbondanti, migliorano e guariscono se trattate con iniezioni di estratto di corpo luteo.

In due casi anzi, in cui la terapia con ormone follicolare aveva fallito, il successo arrise alla cura con estratti di corpo luteo.

M. COPPO.

Meningite linfocitaria e sclerosi multipla.

(B. KECHT. *Klin. Woch.*, 30 luglio 1932).

Non vi è in tutta la neurologia una malattia che presenti un quadro sintomatologico così vario, quanto può presentarlo la sclerosi multipla. Non è esagerato il dire che non vi è sintoma in questo ramo della scienza medica, che non possa essere ascritto a tale malattia: e ciò è dovuto alla possibilità di formazione dei focolai su tutto l'asse cerebro-spinale. Ma non solo la sintomatologia obiettiva, bensì anche il quadro del *liquor* può talvolta condurre ad una errata diagnosi anche il più esperto neurologo. Ciò sta a dimostrare il caso riferito dall'A.

Si tratta di una donna di 89 anni, con nulla di importante nell'anamnesi remota. Nell'aprile 1931 aborto spontaneo, seguito da ascesso del Douglas e pelviperitonite, guarita senza intervento chirurgico. A metà di giugno forti cefalee che fanno pensare ad un *tumor cerebri*: nessun sintoma meningeo. A metà di luglio il dolore si è localizzato al trigemino di destra. Entrata sotto l'osservazione dell'A. l'esame obbiettivo mostrava soltanto una paresi del retto superiore di destra e dell'elevatore di sinistra.

Si pensò ad una paresi di genesi infettiva dall'ascesso pelvico pregresso. Ma l'esame del liquor dette: Pressione terminale 260 mm. Pandy + + +; Nonne Appelt + + + cellule 210/3 per la maggior parte linfociti. Questi risultati fecero naturalmente pensare ad una forte infiammazione meningea: ma la prova dell'oro diede una curva nettamente a tipo paralitico. Si pensò quindi ad una forma di lues. Però la Wassermann e la Meinicke nel *liquor* erano negative. Praticata una cura con mercurio il quadro clinico e quello del *liquor* non migliorarono; una cura jodica ebbe buoni risultati: migliorò il quadro clinico generale, diminuì di molto la cefalea, si attenuò il quadro meningitico del *liquor*. La paziente fu dimessa. Ritornata dopo qualche tempo ambulatoriamente presen-

tava: nistagmo laterale, paresi trocleare bilaterale, assenza dei riflessi addominali, lieve paresi degli arti superiori, liberi gli inferiori. Riflessi tuttti indeboliti senza differenza. Mancava il tremore intenzionale. Si fece diagnosi di sclerosi a placche, malgrado il quadro del *liquor* fosse immutato.

Poche considerazioni sul caso veramente raro: infatti è noto che nella sclerosi multipla il reperto cellulare del *liquor* non è quasi mai superiore al normale nè le reazioni sono a tipo meningitico come in questo caso. Meno strano è il comportamento della curva dell'oro colloidale, che spesso, nella sclerosi multipla si mostra dello stesso tipo di quello della paralisi progressiva. L'inizio clinico della sclerosi multipla non raramente ha carattere cerebrale o meningeo: raro è invece un simile comportamento del liquor. Conclusione: la diagnosi fu fatta con l'esame clinico: malgrado tutte le raffinatezze del moderno laboratorio, l'esame diretto del malato resta sempre ancora la nostra guida più fidata negli intricati ed appassionanti problemi della diagnostica.

G. LA CAVA.

Degenerazione epatolenticolare (pseudosclerosi, degenerazione lenticolare progressiva e spasmo di torsione).

(YU-LIN CHENG. *The Chinese Medic. Journ.*, aprile 1932).

Tipo I. Pseudosclerosi di Westphal-Strumpell. — Nel 1883 C. Westphal ha pubblicato la storia di due malati che avevano tremore intenzionale generalizzato, spasticità delle estremità con lentezza e debolezza dei movimenti, parola monotona, cefalea, sonnolenza e, in un caso, crisi di perdita di coscienza. Non avendo trovato alterazioni anatomiche che spiegassero i disturbi chiamò questa malattia pseudosclerosi, per la somiglianza colla sclerosi multipla.

Nel 1898-1899 riferì altri tre casi e stabilì che la malattia ha inizio nei giovani, si manifesta da principio come un disturbo motorio c'è sempre disturbo della parola, che vi si associano disturbi psichici e che, nel decorso ulteriore, possono comparire attacchi epilettici o epilettiformi con conseguente emiparesi.

Egli disse che a differenziare questa malattia dalla sclerosi multipla c'è la mancanza dei segni oculari (nistagmo, atrofia dei nervi ottici) e dei disturbi di sensibilità. In un caso egli trovò un rammollimento del corpo striato e del cervelletto e contemporaneamente una cirrosi nodulare del fegato.

Nel 1912 Alzheimer trovò in questa malattia lesioni del corpo striato, del talamo, della regione subtalamica e del nucleo dentato del cervelletto e si trattava di un processo degenerativo.

Tipo II. Degenerazione lenticolare progressiva (Malattia di Wilson). — Nello stesso 1912 Wilson descrisse una malattia del sistema nervoso extrapiramidale, che compare nei giovani, che spesso è familiare, caratterizzata da tremore, disartria, disfagia, rigidità muscolare e ipertonia, emaciazione, contrazioni spastiche e contratture, emotività, a decorso progressivo, sempre mortale. Anatomicamente: sempre cirrosi epatica clinicamente muta e degenerazione bilaterale simmetrica del globus pallidus e del putamen.

Tipo III. Spasmo di torsione (Ziehen- Oppenheim). — Compare per lo più nei bambini fra 8 e 15 anni ed è caratterizzato da ampi movimenti di rotazione degli arti e poi del tronco con disturbi psichici progressivi.

Il primo caso di spasmo di torsione fu descritto da Thomalla nel 1918; egli trovò anatomicamente splenomegalia, cirrosi epatica, e degenerazione del putamen che era più stretto e più soffice del normale e presentava microscopicamente molte cellule con granuli di grasso e pochi astrociti fibrosi e cellule rotonde d'infiltrazione attorno ad alcuni vasi.

Il Thomalla propose anche di dare il nome di « Distonia lenticolare » a questi tre tipi: pseudosclerosi di Westphal-Strumpell, malattia di Wilson e spasmo di torsione.

Per quanto riguarda l'eredità, sono stati descritti casi familiari di pseudosclerosi e di m. di Wilson.

Si dà molta importanza all'*anello* di Kaiser-Fleischer, che è un anello che compare nella cornea, non trasparente, di colore grigiastro bruno, che si può avere anche senza degenerazione epatolenticolare; però nei casi in cui questo anello c'era o si ebbero tardivamente i disturbi nervosi o si ebbe anatomicamente un quadro incompleto (cioè con sole modificazioni epatiche). Sulla natura del pigmento dell'anello le opinioni sono discordi: per alcuni si tratta di emosiderina, per altri di deposito di argento, per altri di pigmento organico che spettroscopicamente somiglia a soluzione di urobilina concentrata.

Quadro neurologico. — Oggi si comprendono i tre tipi suddescritti (pseudosclerosi, m. di Wilson e spasmo di torsione) in un unico gruppo a cui Hall ha proposto di dare il nome di « degenerazione epatolenticolare ». Braumühl ha proposto il nome, forse più adatto, di degenerazione epatocerebrale, perchè le lesioni nervose non sono nettamente circoscritte al lenticolare. essendo state trovate lesioni delle cellule gangliari della zona rolandica, del corpo di Luys, del fascio di Forel, delle cellule piramidali della corteccia frontale, del nucleo rosso, della capsula interna, del talamo ottico, della sostanza bianca cerebrale e cerebellare, del nucleo dentato, del fascio longitudinale posteriore.

Sono accettati da tutti come base anatomica della malattia cambiamenti della glia con degenerazione degli elementi nervosi. La presenza di alterazioni perivascolari fa pensare ad un'origine vascolare della malattia.

Per quanto riguarda *l'etiologia e la patogenesi*, secondo Rümpel c'è un disturbo di sviluppo fetale del fegato che dà pseudosclerosi per antointossicazione, mentre per Kehrer su alterazione congenita agisce una tossina esterna. Per Bostroem si tratta di intossicazione intestinale, per Haurowtz di aumento del rame nel fegato e quindi di intossicazione da rame; per altri si tratterebbe di intossicazione da manganese.

La prognosi è infausta.

Dopo questa rassegna della letteratura l'A. riferisce per esteso due casi di pseudosclerosi senza disturbi mentali e che presentavano, il che è frequente, leucopenia e trombocitopenia. In tutt'e due c'era l'anello di Kaiser-Fleischer, in uno c'era colesterinemia alta, e in uno c'erano nel fondo dell'occhio macchie grigie, probabilmente da degenerazione retinica.

R. LUSENA.

Paralisi laringea.

(L. RAMOND. *Presse Méd.*, 23 luglio 1932).

La paralisi dei muscoli del laringe determina innanzi tutto disturbi della voce: sia un'afonia completa, sia, più spesso, una modificazione dell'emissione dei suoni che dà della raucedine o la voce bitonale perchè le due corde vocali non vibrano all'unisono. Nel più dei casi non esistono disturbi respiratori, oppure, quando esistono, sono molto leggeri, eccetto in alcune paralisi bilaterali nelle quali sono del resto per lo più dovuti a fenomeni di spasmo sovrapposto piuttosto che all'occlusione meccanica della rima glottidea.

Ma disfonia e afonia sono segni comuni alla maggior parte delle malattie del laringe, cosicchè si impone l'esame laringoscopico per distinguere i disturbi vocali di origine paralitica da quelli che dipendono da altre cause (infiammazioni del laringe acuta o cronica, artrite crico-aritnoidea, cicatrici, tumori, afonia isterica). Nel caso della paralisi ricorrenziale si trovano una o ambedue le corde vocali completamente immobili, ciò che costituisce il carattere fondamentale della paralisi del laringe: la situazione della corda affetta (in posizione mediana, juxa-mediana o cadaverica) non ha in pratica il valore semeiologico che le si è voluto attribuire.

Una volta posta la diagnosi di paralisi laringea occorre risolvere il problema etiologico. Teoricamente una paralisi laringea può dipendere da una miopatia, ma praticamente essa è sempre in rapporto con alterazioni delle fibre nervose motrici destinate ai muscoli del laringe.

Una paralisi del laringe può essere pura o associata. È pura quando contemporaneamente non esiste altra paralisi: del velopendolo, del faringe, della lingua, dei muscoli trapezio o sterno-cleido-mastoideo. In questo caso le fibre nervose motrici destinate al laringe sono state lese in un punto in cui esse sono nettamente separate dai filetti nervosi appartenenti al glosso-faringeo, allo spinale e al grande ipoglosso, e questo punto non può essere situato che sul nervo ricorrente, cioè nel collo o nel torace.

Al contrario, una paralisi laringea associata indica che le fibre nervose destinate al laringe sono state lese più in alto, nella parte alta del collo, alla base del cranio, a livello del foro lacero posteriore, nella cavità cranica, infine nel bulbo, in regioni in cui esse sono più o meno in intimo contatto con i filetti nervosi del glosso-faringeo, dello spinale e del grande ipoglosso.

Secondo la sede della lesione causale le paralisi associate unilaterali del faringe realizzano un certo numero di sindromi che sono ben note:

1) La *sindrome di Avellis*, costituita da una paralisi laringea unilaterale associata ad un'emiplegia velo-palatina omolaterale, per compromissione simultanea del pneumogastrico e della branca interna dello spinale.

2) La *sindrome* di Schmidt, consecutiva ad un'affezione del pneumogastrico e delle branche, interna ed esterna, dello spinale, rappresentata dall'associazione di una paralisi di una corda vocale con una emiplegia velo-palatina e con una paralisi dei muscoli trapezio e sterno-cleido-mastoideo dello stesso lato della paralisi laringea.

3) La *sindrome di Jackson* costituita da una sindrome di Avellis o di Schmidt alla quale si aggiunga una emiplegia linguale omolaterale per compromissione del grande ipoglosso.

4) La *sindrome del foro lacero posteriore* o *sindrome di Vernet*, in cui la paralisi laringea è associata ad una paralisi del faringe dello stesso lato, essendo compromessi contemporaneamente glosso-faringeo, pneumogastrico e spinale.

5) La *sindrome di Collet* o *sindrome totale dei quattro nervi cranici* (glosso-faringeo, pneumogastrico, spinale e grande ipoglosso) costituita da una sindrome di Jackson alla quale si associa una emiplegia faringea.

Quando la paralisi laringea è pura, essa può essere di origine traumatica, per ferita accidentale o chirurgica, da compressione (aneurisma dell'aorta, cancro dell'esofago, gozzo semplice, basedovoide o canceroso, tubercolosi pleuro-polmonare, cancro del polmone, tumore del mediastino, stenosi mitralica, pericardite) o da nevrite (tossica, infettiva).

C. TOSCANO.

TERAPIA.

Innovazioni nella dieta dei tifosi.

(G. KLEEBERG. *Zentralblatt f. Inn. Med.*, 22 maggio 1932).

L'A. ebbe a sperimentare alcune nuove modificazioni dietetiche, da lui proposte, in soggetti ammalati di tifo in Palestina.

Il valore delle conclusioni viene ridotto notevolmente, a detta dello stesso A. dalla generale, naturale lievità di decorso della malattia, nella grande maggioranza dei casi osservati ed alimentati secondo i nuovi schemi.

Il concetto informatore della nuova dieta, prende origine da due premesse teoriche: la considerazione dei disturbi del ricambio dovuti alla infezione eberthiana, e lo studio del ricambio del bacillo stesso.

Del ricambio dei tifosi molte volte è stato detto, da vari punti di vista. Numerosi AA. si sono occupati del ricambio proteico, Reiter e Reiche del ricambio della colesterina. L'A. stesso in collaborazione con Taubes, ha studiato il comportamento dell'urea, dell'acido urico, della colesterina, del glucosio, delle xantoproteine e dell'indacano, nel sangue e nelle orine dei tifosi.

Il tasso della colesterina oscillava, secondo l'altezza della febbre, fra 80-110 mmg. %, e, nella convalescenza, fra 160-180 mmg. %, cosicchè in uno stesso soggetto, si avevano oscillazioni di 50-80 mmg. %.

I valori trovati erano indipendenti così dall'età dei soggetti, come dalla specie del germe, e solo variavano col variare della febbre e della durata della convalescenza.

Parve all'A. che la differenza tra valore del tasso colesterinico in pieno stato di malattia e in convalescenza bene avviata, potesse costituire un indice significativo, dello stato del ricambio intermedio dei grassi, e che ciò confermasse direttamente quanto egli stesso aveva trovato 11 anni prima, sperimentando sugli animali. Nel 1921, infatti, l'A. osservò, in ricerche sperimentali, che colesterina e grassi neutri si depositano nei tessuti solo quando quella e questi vengano entrambi, contemporaneamente somministrati agli animali da esperimento. La colesterina sembrerebbe cioè costituire quasi una guida, un mezzo per la fissazione dei grassi neutri.

Lo stato di gravidanza fornirebbe il controllo fisiologico di questi risultati: una ricca alimentazione e l'ipercolesterinemia favoriscono, nello stato gravidico, l'utilizzazione dei grassi. Il fenomeno opposto si verificherebbe nel tifo, l'A. non può dire se come manifestazione caratteristica della malattia o se semplicemente in dipendenza del particolare andamento della curva febbrile.

La perdita di peso, ed in ispecie di tessuto grassoso e di colesterina, che si verifica nei tifosi, deve costituire secondo l'A. il punto di partenza per applicazioni terapeutiche, consoni anche ai risultati sperimentali riferiti. L'A. propone quindi una alimentazione molto ricca di lipoidi e di lipocromi.

Le singole voci del piano vittuario, verranno specificate in considerazione anche del secondo obbiettivo, cui tendono le modificazioni dietetiche proposte, e cioè lo studio di alcune particolarità del ricambio dei germi del tifo, ed il loro sfruttamento a fini terapeutici.

Ogni specie batterica vive ad un optimum di concentrazione idrogenionica (l'A. considera la concentrazione idrogenionica come una variabile, in funzione della quale varierebbe il ricambio dei germi, anche se essa non può essere considerata accanto ai veri fenomeni del ricambio, nel senso puro di Braun). È noto come per lo sviluppo del b. del tifo sia necessario un determinato pH, poichè il germe non cresce bene nè in ambiente nettamente alcalino, nè in mezzo nettamente acido.

Orbene, se il pH del sangue, costante anche nella febbre, non può in vivo essere modificato sensibilmente, lo si può bene spostare in altri liquidi organici, in cui il b. del tifo finisce per trovarsi: succo gastrico o duodenale e orina. Con un'alimentazione che tenda a portare verso l'acidosi, o più direttamente somministrando opportuni medicamenti, si riesce a spostare di qualche po' verso l'acidosi il pH del succo duodenale.

Nelle urine poi, l'idrogeno raggiunge con tale trattamento una concentrazione addirittura incompatibile con la riproduzione del b. del tifo.

L'azione terapeutica svolta a questo scopo, può poi venire utilmente integrata con l'uso di chemioterapici, quale l'urotropina, che, come è noto, in ambiente acido libererebbe formolo, nelle urine e nella bile.

Riassumendo quanto abbiamo detto, una dieta per tifoso dovrebbe secondo l'A. corrispondere ai seguenti requisiti:

1) deve adattarsi per quanto è possibile all'appetito, alla possibilità d'alimentarsi del paziente e all'altezza della febbre;

2) deve fornire, fin dall'inizio della malattia, tante calorie, da ridurre al minimo l'inevitabile caduta del peso corporeo;

3) deve essere ricca di lipoidi ben digeribili e di lipocromi;

4) deve, in giorni periodicamente intercalati, avere una intensa azione acidificante.

Tre sole controindicazioni alla terapia acida sono riconosciute dall'A.: la nifrite, la nefrosi di alto grado, comunque il tenesmo vescicale di qualunque natura: il vomito grave, la nausea ostinata e le enterorragie costituiscono altrettante controindicazioni alla dieta ricca di lipoidi.

L'A. dichiara assolutamente incoraggianti i

risultati ottenuti con questa terapia, che ha applicato anche in casi di decorso grave, ed aggiunge che in alcuni casi, opportunamente studiati, le urine e le feci non contenevano affatto germi del tifo. Riconosce che solo un attento esperimento di molti anni, potrà controllare il valore della dieta da lui proposta e stabilire se essa valga anche a ridurre la frequenza delle complicazioni della malattia, dovute ad autoinfezione (pielite, colecistite tifica).

M. COPPO.

Prospettive terapeutiche del futuro.

(J. A. GUNN. *British med. Journ.*, 27 ag. 1932).

Le ricerche attuali sulla terapia possono essere considerate da tre punti di vista: farmacologia sperimentale, chemioterapia e terapia sperimentale. La maggior parte delle droghe attualmente usate, però, non è passata attraverso questo vaglio, perchè ci sono state tramandate fin dal medio evo o ci sono venute dal nuovo mondo, sempre in base ad osservazioni dirette circa la loro azione sull'uomo.

La medicina moderna ha pertanto acquistato una grande eredità dal passato. Quando, circa un secolo fa, è sorta la farmacologia sperimentale, questa si è trovata di fronte alla necessità di liberare la materia medica da una grande quantità di droghe inutili od inattive ed ha portato, non già un aumento, ma una diminuzione di esse; non è però da escludersi che tale eliminazione abbia portato ad errori.

Si posa ora la questione se i progressi compiuti in terapia siano analoghi a quelli fatti nelle altre branche della scienza medica e se i metodi attuali di studio e di ricerca ci possano garentire una buona messe per il futuro.

Nell'ultimo mezzo secolo, si sono fatti notevoli progressi nella medicina curativa, specialmente con le scoperte delle antitossine, dei rimedi endocrini, delle vitamine e lo sviluppo della chemioterapia. Però, questi rimedi sono applicabili soltanto ad una piccola parte delle malattie che affliggono l'uomo e si deve confessare che ben pochi progressi si sono fatti nel trattamento delle malattie comuni, da cui sono affetti la maggior parte dei pazienti che entrano in ospedale.

La chirurgia, la medicina preventiva, la patologia sono state completamente rinnovate e quasi create, nell'ultimo secolo; vi è un forte contrasto fra i progressi fatti nei metodi di diagnosi e quelli dei metodi di terapia. Un medico di cent'anni fa che visitasse oggi i nostri ospedali rimarrebbe maravigliato al vedere lo straordinario sviluppo dei metodi per la diagnosi, ma non minore sarebbe la sua maraviglia nell'apprendere che il risultato finale di tutta questa tecnica complicata per la diagnosi è l'applicazione dei metodi terapeutici che gli erano famigliari e sui quali egli pure aveva dei dubbii.

La terapia è quindi rimasta indietro nello sviluppo in confronto di altre branche della medicina, anche se in qualche parte si sono avuti dei progressi. L'A. attribuisce questa mancanza di avanzamento allo scarso interesse che si accorda alla terapia. Trattasi di uno stato di cose che doveva inevitabilmente aversi, in quanto che una terapia razionale non può aversi se non quando si sono abbastanza sviluppati i metodi di diagnosi accurata. Sfortunatamente, lo sviluppo di questi ultimi non porta necessariamente con sè quello di una terapia razionale e pertanto non possiamo in nessun modo garantire che questa possa svilupparsi nel futuro, a meno che non si incoraggi l'interesse per le ricerche terapeutiche.

Per quanto riguarda poi i rapporti tra farmacologia sperimentale e fisiologia, è bensì vero che chi si occupa della prima deve avere una buona conoscenza della tecnica fisiologica, allo scopo di studiare le varie azioni fisiologiche del rimedio che si studia; ma le due scienze non possono essere riunite in una sola persona, anche perchè il farmacologo deve avere una sufficiente conoscenza delle malattie, quale non può avere il fisiologo (evidentemente l'A. si riferisce all'ordinamento inglese di questi studii, chè da noi l'unione delle due scienze in una stessa persona non si concepisce).

LE RICERCHE CHEMIOTERAPICHE.

Nel considerare il valore delle ricerche di chemioterapia, l'A. rileva che l'azione di una determinata droga non va ricercata sul solo microrganismo che si vuol combattere, ma sull'associazione di questo con l'ospite, ciò che non è sempre agevole. La possibilità di studiare le infezioni da tripanosomi nei piccoli animali da laboratorio ha portato ad importanti scoperte sull'azione dei rimedi su tali parassiti. Così, la possibilità di studiare certi tipi di malaria negli uccelli ha portato a nuove scoperte nel trattamento della malaria dell'uomo.

Altre condizioni sono necessarie per lo sviluppo della chemioterapia, come la opportunità di osservare le malattie nell'uomo ed i progressi della chimica; così, soltanto quando il chimico potè isolare i vari alcaloidi della china o dell'ipeca, modificarli in varia guisa e procedere alla loro fabbricazione sintetica si realizzarono progressi in questo campo. Si sostiene che gli alcaloidi naturali sono più attivi di quelli artificiali e ciò può anche sem-

brare vero, ma probabilmente il futuro ci darà dei prodotti ad azione del tutto simile.

*
* *

Il valore delle ricerche farmacologiche e chemioterapiche, però, non può essere provato che sull'uomo malato e qui tutta la nostra scienza sperimentale si trova nelle stesse condizioni dell'antica ricerca terapeutica. Per ottenere buoni risultati in questo senso, l'A. fa diverse proposte.

1) È necessario che gli studenti apprendano bene la terapia come studiano la diagnosi e la patologia. Ad essi va insegnato anche il modo di procedere alle investigazioni terapeutiche, in modo da ottenere una larga cooperazione da parte del medico pratico; le osservazioni del singolo medico che possono avere scarso valore se isolate, ne acquisteranno molto se saranno raccolte da molte parti ed opportunamente vagliate.

2) L'insegnamento presuppone l'esistenza di insegnanti; il clinico si occupa più o meno della terapia, ma non fa della sola terapia la materia del suo insegnamento; l'Università di Edinburgh è l'unica, in Inghilterra, in cui tale insegnamento sia specializzato.

3) Il problema di eliminare i rimedi inefficaci è sempre vivo, in quanto che i fabbricanti gettano sempre sul mercato nuove quantità di rimedi e vogliono ripagarsi delle gravi spese che incontrano per lo studio e la preparazione di essi. La prova è poi fatta da medici che non hanno nè la preparazione adatta, nè la possibilità per arrivare ad un giudizio concreto. Recentemente è stato istituito in Inghilterra un Comitato per lo studio dei nuovi rimedi e se esso risponderà bene allo scopo, sarà molto utile.

4) Per l'insegnamento e per le ricerche di terapia dovrebbe essere destinato almeno un grande ospedale, a cui dovrebbero convenire quelli che maggiormente si interessano di tali ricerche.

5) Vi dovrebbe essere un'organizzazione per raccogliere e diffondere le nozioni terapeutiche; attualmente esse si trovano sparse in molti giornali e la sola raccolta della letteratura per lo studio di qualche data questione porta via un gran tempo. In ogni paese che si occupa di questioni di farmacologia e terapia, vi dovrebbe essere un ufficio a cui dovrebbero essere inviate tutte le pubblicazioni in materia e gli estratti dei lavori comparsi sulle riviste. Tale organizzazione s'impone e potrebbe stare accanto ai laboratori per la farmacologia e la chemioterapia e l'ospedale per le ricerche terapeutiche. Come vi è una perfetta organizzazione per la profilassi delle malattie, ve ne dovrebbe essere una per il loro trattamento.

fil.

Elettroterapia ad onde corte.

(P. LIEBESNY. *Wien. Klin. Woch.*, 17 giugno 1932).

L'interesse che questo nuovissimo metodo di terapia fisica ha destato in pochissimi anni è tale, che già se ne parla nei trattati e nei corsi speciali: e nuovo esso è effettivamente anche nel suo concetto basale, essendo completamente differente sia come essenza che come metodica e come azione, dalla diatermia.

Mentre per la diatermia sono usate onde della lunghezza di 300 m., col nuovo metodo sono usate onde che da 120 m. possono discendere a 6-2 m. e anche meno (onde ultracorte). Mentre con la diatermia il paziente è direttamente immesso nel circuito oscillatorio ad alta frequenza in maniera che la corrente elettrica passando attraverso il suo corpo vi produca l'azione calorica richiesta, con la terapia ad onde corte con condensatore non si produce nessun passaggio di corrente attraverso il corpo del paziente: l'onda che proviene dal circuito primario viene trasportata con un circuito di risonanza (Resonauzkreis) sulla superficie del corpo e nell'interno di esso, sviluppandovi la sua azione.

Se si paragona questa con quella prodotta dalla diatermia vari sono i vantaggi offerti dalla nuova terapia: anzitutto, mentre la diatermia provoca maggior calore sulla pelle e sul sottocutaneo che negli organi profondi, con la terapia ad onde corte il calore è uniformemente distribuito negli strati superficiali e profondi. Nè è da credere che le onde corte abbiano azione soltanto in quanto produttrici di calore (come pare accertato per la diatermia). Schliephake e Haase hanno dimostrato che alcune specie batteriche (stafilococchi, b. di Koch) venivano uccisi o indeboliti dalle onde corte a temperature che pur rientravano nei limiti di vitalità dei germi.

Anche le ricerche praticate su malati dimostrarono che le onde corte sono terapeuticamente molto attive, anche prescindendo dalla loro azione calorifica: questa infatti non si può sfruttare perchè per la loro forte potenza, la dose d'azione delle onde corte è molto vicina alla dose nociva. È per questo che è stato peconizzato l'uso del condensatore limitante.

Riguardo alle indicazioni, quelle della diatermia, più una serie di malattie sulle quali questa non produceva alcun effetto anzi poteva essere dannosa: le malattie acute infiammatorie di organi e tessuti. Si va dalla cura di foruncoli, ascessi, idrosadeniti, paterecci a quella di grossi flemmoni con reazione generale: i risultati sempre brillanti. Le annessiti o artriti gonococciche anche in stadio febbrile, le pleuriti tubercolari e artriti tubercolari o non, l'eresipela ecc. sono tutte malattie che rientrano nel campo d'azione di questo modernissimo metodo di cura. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Sulla valutazione fisica dell'atleta: lo stato del rene.

(G. AIELLO. *Gazz. Osped. e Clin.*, 17 lug. 1932).

In questi tempi in cui lo *sport* va acquistando sempre più appassionati cultori, lo studio delle modificazioni che esso importa nell'organismo umano, non può non apparire di primaria importanza. È questo il compito della medicina sportiva, al cui sviluppo tanto impulso sta dando oggi il Governo nazionale. Fra i problemi che più devono interessare il medico sportivo, quello della valutazione della funzionalità renale dell'atleta è forse uno dei più importanti. L'A., sulla base di un centinaio di osservazioni fatte su atleti praticanti vari sports e dall'insieme della letteratura sull'argomento, viene a concludere che lo studio delle albuminurie e fosfaturie negli sportivi dà risultati piuttosto confortanti in quanto pochi soggetti le dimostrano.

In caso di riscontrata albuminuria e fosfaturia bisogna tener conto di molteplici fattori e, specialmente, della professione esercitata, dell'età, della costituzione, dello stato dell'apparato circolatorio, dello stato di ptosi, del genere di sport praticato. Il clima, il freddo, specie se umido, l'alimentazione sono fattori da tenere in gran conto nella valutazione della funzione del rene negli sportivi. La prognosi delle albuminurie riscontrabili negli sportivi è in genere buona eccetto quando si tratta di forme persistenti, progressive, rivelatrici di una pregressa latenza nefritica. L'esame della densità, l'esame dell'albumina con l'acido acetico e ferrocianuro di potassio, un esame microscopico del sedimento ed un esatto raffronto dei risultati con la costituzione del soggetto e meglio ancora con tutti i dati della scheda nazionale di valutazione fisica, giovano molto al medico sportivo per una analisi completa delle forze dello sportivo. Si tratta del resto di ricerche accessibili a qualunque medico. Uno studio accurato merita il problema delle nefroptosi e delle enteroptosi concomitanti, tanto più che le osservazioni dell'A. dimostrano una certa frequenza di tale anomalia in qualche categoria di atleti. G. LA CAVA.

Contributo allo studio dell'eritema nodoso specie nell'adulto.

(E. LIESCH. *Rivista di Clinica Medica*, 15 e 30 marzo 1932).

Riguardo all'etiologia dell'eritema nodoso c'è chi ritiene che si tratti di una malattia specifica a germe ignoto da annoverarsi fra le malattie infettive, c'è chi ritiene che si tratti di una sindrome che può comparire in molte malattie infettive e in intossicazioni e c'è chi ammette tutt'e due le forme. Alla tubercolosi spetta un posto particolare negli eritemi nodosi secondari, mentre oggi si tende ad abbandonare il concetto che l'eritema sia legato al reumatismo articolare acuto.

Secondo Schupfer è un elemento contro i rapporti fra reumatismo ed eritema il fatto che mentre il primo è recidivante il secondo non recidiva. I dolori reumatici dell'eritema inoltre non migliorano col salicilato.

Nei trattati più noti, anche recentissimi, sono ammessi invece i rapporti fra reumatismo ed eritema.

A favore dell'origine tubercolare dell'eritema nodoso si sono espressi numerosi autori, sostenendo alcuni che si tratti di tossiemia tubercolare, altri di vera tubercolosi (tubercoloidi). Per alcuni sarebbe manifestazione di meningite tubercolare latente, per altri di infezione da virus filtrabile. C'è anche chi sostiene che l'eritema n. rappresenti una reazione alla tubercolina che l'individuo esegue su se stesso e comparirebbe simultaneamente col complesso primario. Le ricerche istologiche e batteriologiche sono state per alcuni a favore, per altri contro l'origine tubercolare.

L'origine infettiva specifica è sostenuta dal decorso clinico che costituisce un quadro a sè: incubazione di 8-10 giorni, periodo prodromico con malessere, cefalea, febbre e disturbi dell'apparato digerente; poi sintomi articolari, non costanti, e finalmente l'eruzione caratteristica accompagnata da anemia, sudorazione profusa, aumento di volume della milza, leucocitosi neutrofila con eosinofilia. Di più è malattia contagiosa, epidemica, a carattere stagionale.

Le osservazioni cliniche fanno propendere per l'esistenza, oltre che di una forma autonoma ad etiologica ignota, di una forma secondaria ad affezioni diverse.

L'A. ne riferisce dettagliatamente 26. In questi 26 casi l'incubazione massima è durata 20 giorni, la minima 1 giorno. La sintomatologia generale è stata varia: in alcuni si aveva il quadro di una malattia infettiva grave, in altri non si avevano sintomi oltre l'eruzione. In 5 casi la sintomatologia si confondeva con quella tipica del reumatismo articolare acuto. In 8 casi c'era modico tumore di milza, in 2 tumore di fegato e in 1 di tutt'e due. In 19 casi c'erano sintomi articolari, in 12 casi l'eruzione era stata preceduta o accompagnata da angina. In 22 casi ci furono alterazioni cardiache, in 2 congiuntivite flittenulare, in 2 nefrite e in 5 albuminuria. La malattia comparve 22 volte in adulti, 24 in persone di sesso femminile, più spesso durante l'inverno. Le ricerche batteriologiche sono state negative sempre meno che in un caso in cui si isolò il diplococco di Fränkel. In un caso solo ci fu leucocitosi e in uno eosinofilia.

Ogni caso di eritema nodoso deve essere considerato a sè, senza presupposti teoretici.

L'A. ha voluto studiare l'eritema nodoso dal punto di vista funzionale e costituzionale della cute per vedere se c'è una predisposizione ad un determinato ordine di manifestazioni. Gli elementi da lui raccolti non fanno ritenere i malati di eritema nodoso appartenenti tutti ad un medesimo gruppo di individui con uguale stato vascolare e uguale reattività. Si trattava di individui normali o quasi nei riguardi dello stato dei vasi e della risposta a stimolazioni meccaniche e termiche. Nel 50 % dei casi la prova del laccio fu positiva, ma non ci fu rapporto fra prova del laccio e contusiformità dell'eritema, per cui è più probabile che la malattia non dipenda da una diatesi emorragica, ma provochi un'azione sui vasi e che ci sia molta somiglianza fra peliosi reumatica ed eritema nodoso, somiglianza che fa ritenere identiche le due malattie a numerosi autori. R. LUSENA.

Sulle prospettive di ottenere i preparati ormonici dalla sostanza vegetale bruta.

(O. STEPPUHN. *Die Med. Welt*, n. 31, 27 agosto 1932).

Una delle differenze più nette nel comportamento chimico della cellula animale e vegetale è quella posseduta da quest'ultima di poter operare, per mezzo della clorofilla, la sintesi primaria degli idrati di carbonio. Anche la cellula animale, invece, è capace di svolgere il processo di aminizzazione sugli acidi chetonici, generando eventualmente aminoacidi dai prodotti del ricambio zuccherino.

L'attività della cellula vegetale però, resta, in definitiva, incomparabilmente più svariata e ricca.

Analoghe leggi e meccanismi presiedono poi alla costruzione della sostanza cellulare fondamentale, vale a dire quella delle proteine specifiche, nonchè alle trasformazioni degli zuccheri e dei grassi.

Altre analogie, invero più profonde, si riscontrano allorquando si considerano non solo i corpi a funzioni conosciute, ma anche quelli la cui funzione resta tuttora non ben conosciuta, specie per le cellule vegetali. Basterebbe, a tal proposito, ricordare la clorofilla e l'emocromogeno, che hanno punti di somiglianza tanto stretti; senza parlare dell'acido glicuronico, presente anche nel regno vegetale, come pure l'inosite dei muscoli, gli aminoacidi metilizzati, la colina, la lecitina, la colesterina, ecc., corpi tutti che hanno il loro corrispondente.

Di particolare interesse appare il fatto che si è riusciti a trovare nell'efedrina delle piante una sostanza ad azione analoga a quella dell'adrenalina estratta dalle surrenali.

È anche risaputo come l'acido iodogorgonico di certe alghe sia simile alla tiroxina; come molte sostanze vegetali posseggano azione analoga a quella dell'insulina; e come infine sia possibile estrarre dell'urina di gravida dall'ormone ovarico cristallizzato, ad azione analoga a quella che possono svolgere certe sostanze ottenute da germi vegetali.

Solamente sulla base di queste affinità costruttive da parte delle cellule dei due regni ci è dato comprendere come mai nel mondo vegetale si trovi una scelta così ricca di corpi, con attività funzionante analoga a quella dei nostri organi, e come sia possibile utilizzarli a scopo curativo, allorquando nell'organismo fa difetto il corpo corrispondente.

Esempi istruttivi di tale fatto li troviamo considerando l'azione cardiotonica di molti preparati vegetali, analoga a quella dell'ormone cardiaco, isolato di recente, e l'azione dell'efedrina nei disturbi funzionali del simpatico, allorquando viene a far difetto la produzione dell'adrenalina.

E gli esempi potrebbero essere moltiplicati, qualora si considerassero tutte le svariate sostanze, di tipo ormonico, che esplicano una azione stimolante ed inibente sul lume vasale, sulla diuresi, sul tono cardiaco, sul sonno, sul tono nervoso e muscolare, sull'accrescimento, la peristalsi, l'ossificazione, il ricambio, ecc. La terapia fisiologica del futuro dovrà quindi sempre più preoccuparsi di ripristinare la funzione organica alterata usando sia gli estratti degli organi stessi, sia le sostanze prodotte dalla cellula vegetale, le quali agiscano come quelli a diluizioni minime.

Dato poi che il progredire delle ricerche in tal senso permetterà di scoprire nuovi orizzonti in questo campo ormonale, si dovranno, per quanto si è detto, ricercare nel regno vegetale i corpi corrispondenti, che fungano da surrogato, al momento del bisogno.

In senso lato dunque, appare netta la possibilità di ottenere i così detti corpi ormonici anche dalle piante. M. FABERI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

L. DOMINICI. *Compendio di semeiotica chirurgica.* II Ediz. aggiornata e notevolmente ampliata con 216 figure, parte a colori. - Ed. L. Pozzi, Roma, 1932-X. Prezzo L. 56.

Il miglior commento di un libro è la sua diffusione: il giudizio più giusto è quello dello studente.

Il manuale, il compendio, le cui edizioni si moltiplicano, beneficiano, quindi, delle due condizioni basilari di un apprezzamento sereno ed equanime.

La semeiotica chirurgica del prof. Dominici, Direttore della R. Clinica Chirurgica di Perugia, vede, a distanza di pochi anni dalla sua comparsa, una seconda edizione, garanzia di un avvenire brillante e oramai certo.

Questo meritato riconoscimento si può attribuire alla proporzione delle varie parti, nelle quali è diviso il volume, e sopratutto all'eclettismo dei vari metodi, di studio e d'indagine, riferiti. La qualità più difficile a possedersi completamente è l'equilibrio. Ma non vi è anche dubbio che il sapere abbandonare tempestivamente tutte quelle pratiche alle quali ci si era abituato ed anche un pochino affezionato, con la sostituzione di altri metodi, nuovi e sconosciuti, costa non poca fatica. Ma ciò è sempre indice di capacità di adattamento che solo menti agili ed aderenti alla contemporaneità dei tempi possiedono. Nel manuale del Dominici, anacronismi non se ne vedono, nè lacune.

D'altra parte non è agevole svolgere didatticamente un capitolo su un argomento qualunque senza riuscire, sia pur leggermente, monotono. Tale grigiore è il peggior nemico di un testo: nessuna nozione appare importante e nessuna di esse è destinata ad imprimersi nella mente dello studioso.

Ma il Dominici sfugge a quest'errore tanto comune, perchè mette nella sua esposizione un calore tutto personale ed espone la materia con quella passione che deriva dall'esperienza propria, segno inconfondibile.

Lo studente sa quindi come comportarsi di fronte al malato.

« Non andate a cercare il colore della cute e delle mucose visibili — Egli dice — quando avete dinanzi a voi un lipoma del dorso: « non interessatevi del tipo della respirazione », ma siate invece sempre diligentissimi, pazienti, cauti, nel raccogliere l'anamnesi ». L'anamnesi! Essa non solo è arte da Maestri, ma è spesso la chiave di una diagnosi là dove l'esame obbiettivo non giunge.

« E non lasciatevi prendere la mano — Egli soggiunge — da preconcetti diagnostici.

« Esaminare il malato con la visione dinanzi alla mente di una determinata malattia, non solo costringe a tortuosità mentali, ma — ed è questo il più pericoloso — invita a tralasciare la ricerca di quei sintomi che probabilmente correggerebbero l'errata impressione ».

Questa prima parte clinica non è stata gran che modificata, perchè la clinica si basa sull'anatomia e queste due discipline non sono destinate ad ingrandirsi di molto.

Ben diverso è lo sviluppo dell'altra parte ove sono descritti gli esami strumentali, gli esami funzionali e le ricerche di laboratorio, ai progressi dei quali è davvero faticoso tener dietro, e sopratutto è difficile offrire incondizionato il consenso. Quindi niente arida esposizione, ma cernita di quei sussidi, che — come dice il Maestro Alessandri, nella prefazione — debbono completare i risultati dell'esame obbiettivo, ma non sostituirlo.

In questa seconda edizione, che il benemerito editore Pozzi ci presenta in signorile veste tipografica, il patrimonio delle figure è stato considerevolmente aumentato. Ma non bisogna interpretare questo aiuto come un puro lusso tipografico, ma piuttosto come la valutazione esatta di un importante problema psicologico.

Come è noto gli studenti, ricorda il Garré, si possono dividere in due gruppi: l'ottico e l'acustico.

Nel primo prevale la rapidità della percezione, la facilità di ritenere un'impressione visiva; in esso l'imagine dei suoi ricordi si riferiscono a fatti osservati. Nell'altro agisce il ricordo delle parole e dei suoni. Le sue imagini mnemoniche sono racchiuse in rappresentazioni ideative.

Ora gli studenti che provengono dalle scuole classiche, e sono la maggioranza assoluta, appartengono al secondo gruppo.

Riesce loro difficile di dar forma concreta a quanto loro si espone. Per essi la Clinica deve divenire « Un'introduzione nel mondo dell'occhio » (Goethe).

Perciò una descrizione di un fenomeno, la esecuzione di una manovra rimarrebbero probabilmente indecise ed incomprese senza il sussidio di una figura.

Il libro quindi può essere acquistato ad occhi chiusi, ma va letto ad occhi assai ben aperti, affinchè i primi ed anche i seguenti incontri col malato non ci trovino disorientati, e non ci gettino in quella confusione che, penosa sopratutto per l'inquirente, non è destinata a guadagnarsi la fiducia del malato, condizione prima ed indispensabile nell'esercizio professionale.

E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

C. GIORDANO. *La diagnosi e la terapia della tubercolsi polmonare.* Un vol. in-8° di pagine 181, con 6 tav. Tip. ed. R. Contessa e Frat. Napoli, 1932. Prezzo L. 20.

Dopo un breve capitolo sulla classificazione della tubercolosi polmonare, l'A. tratta l'argomento importante della diagnosi: sia della forma ilàre che di quella apicale latenti. Riporta, a proposito della prima, le reazioni biologiche (cutireazione, deviazione del complemento, sedimentazione delle emazie, sinforeazione, ecc.), con molti particolari di tecnica. Riguardo alla forma apicale, si sofferma particolarmente sui metodi ideati da Landolfi per la diagnosi precocissima della tubercolosi polmonare. Si occupa poi della forma subacuta ed acuta, nonchè di quella miliare.

Nel campo della terapia, l'A. sceglie ed espone i metodi che gli risultano più adatti, trattando a parte le forme latenti, le subacute e le acute, descrivendo accuratamente la tecnica del pneumotorace ed accennando, in un altro capitolo, alla terapia sintomatica e delle complicazioni.

Nelle tavole, sono riprodotti, fra l'altro, i diversi punti di allarme per la diagnosi di tubercolosi e gli schemi degli apparecchi per il pneumotorace.

Il libro è evidentemente il frutto di lunga e vasta pratica. *fil.*

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. XVII, fasc. 1-2. In-8° di complessive 564 pag., con 86 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1932. Prezzo RM. 27.

Di questa interessante pubblicazione, che presenta in forma di succose monografie le più vitali questioni in tutti i campi della medicina, appare ora il XVII volume, che contiene 13 lavori, alcuni dei quali comprendono una settantina di pagine. Ne diamo qui l'elenco con il nome degli autori che li hanno trattati.

L'enfisema polmonare (R. Herbst). Problemi di nutrizione e di dietetica (K. Eimer). Le ricerche sulla febbre gialla (W. H. Hoffmann). La sedimentazione delle emazie (M. Leffkowitz). I preparati nutritivi ed il loro valore; vi sono elencati numerosissimi preparati brevettati, specialmente di marca tedesca (C. Brahm). I fenomeni generali dei tumori cerebrali; loro significato per la diagnosi (K. Goldstein e H. Cohn). Clinica e prognosi della sifilide dell'aorta, specialmente delle forme senza sintomi (H. Schlesinger). La terapia con i corpi proteinici ed il suo valore nelle malattie del tratto digerente (L. v. Aldor). Le malattie da benzolo ed omologhi (S. Litzner). Le leucemie atipiche (G. Wallbach). La grippe (O. Gaell). Gli esiti delle malattie renali (E. Magnus-Alsleben). Risultati sperimentali e clinici dell'elettromiografia (Chr. J. Keller). *fil.*

UNITED FRUIT COMPANY. *Medical Departemente;* XX Report, 1931. Un vol. in-8° di pag. 321, con fig.

La United Fruit Company, con sede a Boston (Massachusetts) pubblica annualmente un resoconto sull'attività medica da essa svolta nell'assistenza ai suoi dipendenti, con numerosi dati statistici e vi unisce parecchi studi fatti dai suoi medici, sotto i suoi auspici.

Nel presente volume, segnaliamo diversi lavori sulla malaria, altri sull'anchilostomiasi, sull'artrite gonococcica, sull'anastesia, sulla prognosi della vita dopo la splenectomia, sulla sifilide intestinale e molti altri. *fil.*

Wiener Archiv innere f. Medizin. Vol. XXII, fasc. 3, di 158 pag. fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1932. Prezzo RM. 16.

Il presente fascicolo contiene i seguenti lavori: Studi sulla ipertonia primaria (L. Popper). La patogenesi dell'aumento di pressione nei nefritici (M. Georgopoulos). L'azione del riflesso carotideo sulla pressione sanguigna. (M. Mandelstamm ed altri). L'azione del riflesso oculare sulla pressione sanguigna (Idem). Analisi di alcuni rari disturbi di conduzione nel cuore umano (M. Winternitz). Il piramidone nel diabete insipido (D. Scherf). La genesi dell'alopecia nell'intossicazione da tallio (V. Koszler). *fil.*

Annalen der Tomarkin-Foundation. Anno II, num. 1-2. Un vol. in-8° di 197 pag., con fig. G. Thiem e,Leipzig, 1932.

È ben nota l'attività della Fondazione « Tomarkin », che ha lo scopo di promuovere e favorire il lavoro scientifico nei campi della biologia generale e della medicina pratica. Delle numerose conferenze tenutesi quest'anno a Milano ha lungamente parlato anche la stampa politica.

Molto opportunamente si è costituito, sotto la direzione di R. von del Velden, un comitato redazionale per la pubblicazione degli Annali, in cui sono riportate le conferenze tenute ai vari corsi; di tale comitato fa parte, per l'Italia, E. Bertarelli. Vi collaborano U. Carpi, M. Donati, G. Fichera, P. Rondoni, L. Zoja. In questo fascicolo del secondo anno, troviamo riunite 17 conferenze sui più svariati campi della medicina: lo stato odierno delle ricerche sulla scarlattina; l'introduzione e la sorte dei grassi nell'organismo; la sierodiagnosi della lues; i progressi della terapia generale e speciale; la terapia biologica dei tumori maligni ed altre, di grande interesse per lo scienziato e per il medico pratico. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Roma, 19-22 ottobre 1932).

L'inaugurazione.

L'inaugurazione del Congresso ebbe luogo nell'Aula della R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I, alla presenza di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale.

Erano presenti il sen. Maragliano, Presidente della Società, il prof. Frugoni presidente del Comitato ordinatore, il Gen. Franchi, per la Direzione di Sanità Militare, il prof. Ilvento, per la Direzione di Sanità Pubblica, il magg. Bellini per l'Ufficio Centrale Sanitario dell'Areonautica, l'on. Morelli per il Sindacato Medico, il prof. Busi, Preside della Facoltà, il prof. Sabatini, Consigliere Delegato della Società, il Grande Uff. Spano, Presidente Ospedali Riuniti di Roma, il prof. Galli. Direttore del Policlinico, i proff. Viola, Zoia, Castellino, Schupfer, Ferrata, Gasbarrini, Galdi, un vastissimo numero di medici venuti da tutte le parti d'Italia.

Primo a prendere la parola è il sen. E. MARAGLIANO, che pronuncia il seguente discorso:

Eccellenza, Signori, Colleghi carissimi,

Sotto lieti auspici si inaugura oggi il nostro annuale convegno, nei giorni in cui il popolo italiano esultando festeggia il decimo anniversario della insurrezione Fascista e ne acclama entusiasticamente il suo fatidico Creatore: l'Uomo unico che la provvidenza ha largito all'Italia perchè fosse il fattore della sua risurrezione.

Abbiamo sperato che egli potesse essere oggi qui fra noi, a benedire l'inizio dei nostri lavori; gravi cure di Stato glie lo hanno impedito, ma noi lo salutiamo presente, perchè Egli è sempre laddove si lavora e si opera per la gloria della Patria, per il bene dell'umanità.

Se ieri come cittadini abbiamo tributato al Duce il nostro plauso, oggi come cultori degli studi medici dobbiamo raddoppiarlo ad esprimere tutta la riconoscenza nostra per quello che il regime in questo decennio ha fatto, pei nostri studi superiori. Non vi ha, lo sapete, centro universitario che non abbia avuto mezzi straordinari di incremento e di elevazione: Istituti nuovi, nuovi laboratorii, nuovi ospedali, cliniche rinnovate, incoraggiamenti di ogni genere agli studiosi e al di sopra di tutti, la rivoluzione nello indirizzo della ricerca scientifica.

Il regime rivoluzionario e realizzatore ha detto: lavorate, producete, sì, quanto più potete, ma le vostre ricerche abbiano una finalità pratica; non il dottrinarismo astratto e puramente speculativo, ma la conquista di verità utilizzabili in ogni campo della attività umana, e realizzatele.

E così era ricordato a noi il compito nostro, di portare quanti più contributi è possibile allo scibile, ma sovratutto contributi realizzabili acciò la Patria abbia cittadini numerosi, attivi e sani che la facciano gloriosa, rispettata e temuta. Ecco quello che il regime fascista aspetta dall'opera nostra e noi possiamo affermare che in questo decennio le scuole mediche italiane non sono venute meno alle sue aspettative, e, con progressività d'anno in anno più intensa, hanno brillantemente sempre più accentuata e provata la personalità scientifica della clinica italiana: è quella personalità scientifica che omai senza riserve è riconosciuta in ogni paese alla clinica, che solo in Italia fu ed è in massima parte quasi misconosciuta, tanto che una accademia scientifica italiana non accolse mai nel proprio seno, uno dei più grandi clinici di Europa, Guido Baccelli, appunto perchè era clinico.

Si disse e si ripete ancora: la clinica non è scienza ma arte: affermazione arbitraria derivata dalla sconoscenza delle fasi percorse dallo scibile medico, nella sua progressiva evoluzione.

Per la medicina, invece, è avvenuto quello che avvenne per tutti i gruppi dello scibile universo, dal cui seno nei primordi si sono poco a poco differenziati rami, che furono l'uno dall'altro distinti.

Così dal tronco annoso della medicina sono poco a poco uscite le varie branche della biologia pura, di questa poderosa branca dello scibile universo, che indaga la struttura e la composizione della macchina organica, ne scruta le funzioni e nei limiti del possibile, escogita e promulga, più o meno esattamente, le leggi che ne governano la vita.

Si volle far credere che nella biologia pura, nello studio che essa ha fatto e fa dell'organismo normale, risiedesse tutto quanto di scientifico è e può essere contenuto nella medicina. Ma accanto alla biologia pura vi è la scienza dell'organismo infermo, la scienza che ricerca e stabilisce come la malattia nasce, come si svolge, come decorre, come guarisce: la clinica, biologia applicata.

E tutto il complesso delle cognizioni che ne costituiscono il patrimonio, la clinica se lo ha creato essa medesima con una serie di pazienti e metodiche indagini, valendosi via via di tutti i mezzi possibili di ricerca che la fisica, la chimica, la meccanica, la microscopia, l'elettricità, la sperimentazione via via misero a sua disposizione, niente di meno di quello che il biologo puro fa per lo studio dell'organismo normale. Così la clinica ha creato la dottrina delle malattie, stabilendo il modo con cui nascono, il modo con cui si rivelano, le leggi del decorso loro, i criteri della prognosi e della cura.

È questo tutto un corpo di scibile creato con mezzi ed indagini scientifiche, scientifiche quanto quelle della biologia pura, dettando norme ed insegnamenti nei limiti del possibile precisi, quanto quelli della biologia pura, perchè gli uni e gli altri sono sempre subordinati al non sempre costante dinamismo della macchina umana.

È per questo che alla Clinica nelle più colte nazioni si riconosce dai governi la dignità di scienza, pari a qualsiasi altra branca dello scibile medico. È per questo che in esse i clinici sono chiamati a far parte dei grandi corpi scientifici nazionali, è per questo che in Inghilterra sono perfino onorati di titoli nobiliari.

L'Italia è la sola nazione, dove non si è ancora voluto, ufficialmente, riconoscere alla clinica la dignità di scienza.

È questa una delle nostalgie del passato, cui si fa ancora concessione. Il provvido regime fascista ne ha cancellate tante, cancellerà anche questa.

L'ordine di marcia dato testè dal Duce è quello di andare sempre avanti e sempre avanti marceranno le scuole mediche italiane, liete che il

regime abbia dato ai lavoratori, quella coscienza scientifica nazionale, che per lo addietro mancava.

Ora noi possiamo con giusta fierezza guardare in faccia ai lavoratori stranieri, sederci da pari a pari a fianco loro, parlare nei convegni internazionali la nostra lingua materna ripetendo con legittimo orgoglio il motto dei nostri avi: « Civis romanus sum ». E questo lo dobbiamo al Duce.

A S. E. l'insigne uomo che Benito Mussolini ha giustamente creduto degno di presiedere alla coltura ed alla Educazione Nazionale, i nostri vivi ringraziamenti per avere voluto onorare della sua desiderata presenza il nostro convegno.

* * *

Il Prof. C. FRUGONI, Presidente del Comitato ordinatore, così si esprime:

All'Eccellenza Vostra On.le Ministro e alle altre Autorità, il mio e nostro fervido grazie per l'alto significato della Vostra presenza che dimostra l'interessamento ai nostri lavori del Governo Nazionale che ha sempre messo in primissimo piano le questioni di scienza e di alta coltura e il riconoscimento dei nostri sforzi e dell'importanza scientifica morale e sociale del nostro compito, che noi tutti professionisti e insegnanti sentiamo con vibrante passione ed esercitiamo come un severo dovere.

Permettete che il mio primo pensiero sia di reverente ricordo alla memoria di Vittorio Ascoli sotto la presidenza del quale per lunga teoria di anni si svolgevano in Roma i nostri Congressi in quest'aula che fu la sua, nella quale ancora lo sentiamo nell'intimità del nostro spirito, vivo, presente, operante, nella Clinica ove ha lasciato sicure orme di sè, nella scuola che ha così valorosamente diretto.

A voi chiari colleghi il saluto augurale.

Utile lavoro ci attende per le relazioni poderose, per la somma e qualità delle comunicazioni, per il momento interessante che la Clinica generale sta attraversando e che non ha bisogno di esservi prospettato.

La clinica generale come corpo di dottrina resta e resterà sempre il centro a torno cui tutto gravita, la sorgente luminosa da cui tutto deriva con orizzonti sempre più vasti e più concrete possibilità di indagine e di realizzazione. Onde non solo chi si appresta allo studio ed esercizio della medicina generale ma chiunque anche alle branche collaterali e speciali voglia passare, ha imperiosa necessità di giungervi con quell'adeguata preparazione allo studio e alla visione sintetica del malato quali solo la medicina generale può dare. Poichè, se nel ritmo accelerato della vita per le porte maestre della clinica sempre non si passasse, sarebbero meno fruttuosi gli sforzi individuali e collettivi. Ogni preparazione tecnica infatti qualunque essa sia, deve esser potenziata da quella larga esperienza e conoscenza del malato che è il punto focale dei nostri valori conoscitivi. Sempre più quindi la medicina generale è e resta *l'alma mater universalis* che svolge funzioni, nonchè scientifiche, pratiche e nonchè mediche — dicevamo — anche morali e sociali.

Con questa coscienza dell'altezza e nobiltà del nostro compito e della nostra responsabilità, noi attendiamo — Eccellenza — di poter iniziare i lavori che documentano la nostra nobile e diuturna fatica, la passione che noi tutti anima e sospinge per tener alte le tradizioni e l'efficienza della clinica italiana.

* * *

Salutato da vivissimi applausi, prende quindi la parola S. Ecc. il Ministro F. ERCOLE, il quale dopo aver ringraziato il sen. Maragliano e il prf. Frugoni per le espressioni rivoltegli, formula i migliori auguri per il successo del Congresso, i cui lavori saranno fecondi di risultati pratici per il benessere del fisico dell'umanità.

* * *

Terminata la cerimonia inaugurale, dopo breve sospensione, si iniziano i lavori del Congresso.

La prima relazione riguarda il tema:

L'ipertensione arteriosa come autonoma disfunzione e malattia.

Relatore: prof. E. GREPPI, Milano.

(*Conclusioni*).

Il R. comincia col rilevare che l'ipertensione è una disfusione nel senso più stretto della parola, cioè lo spostamento morboso di un equilibrio insufficientemente difeso da un complesso neuroumorale di regolazione: le alterazioni dei vasi e dei visceri appaiono, però, così strettamente legate al disturbo funzionale, da rendere ancor oggi difficile il giudizio clinico di primitività nella maggior parte dei casi conclamati.

Ipertensione e resistenze periferiche. Nulla di più accetto che l'idea di un angiospasmo diffuso, con predominio nel territorio degli splancnici, come causa di un aumento delle resistenze periferiche nel circolo arterioso e per conseguenza anche della pressione: il che significa aumento della pressione nella fase diastolica del cuore, cui risponde l'aumento della pressione sistolica per opera attiva del ventricolo sinistro. La successione dall'uno all'altro fenomeno — dall'ostacolo periferico alla maggior forza espulsiva del cuore — è certamente facile e rapida nei limiti comuni di tolleranza e di adattamento del cuore umano, però non si può pretendere che l'ipertensione sistolica sia sempre in rapporto semplice e proporzionato con l'aumento delle resistenze periferiche: sopratutto non si deve pensare che ogni ipertensione sistolica sia senz'altro indice e misura di un angiospasmo arteriolare.

L'esperienza clinica conferma il ragionamento; e fin d'ora il R. crede opportuno insistere sull'importanza dell'ipertensione diastolica accanto a quella sistolica e sulla necessità di tenere conto di entrambi i valori non solo nello sforzo induttivo per riconoscere la patogenesi del fenomeno caso per caso, ma anche come criterio per giudicare il significato di ogni mutamento spontaneo o provocato. Così operando, sarà certo più facile in clinica sorprendere ogni inizio subdolo di stato ipertonico, ogni episodio di spasmo arteriolare — ecco l'ipertensione media « solitaria » secondo Vaquez, che meglio si potrebbe chiamare « diastolica » in attesa di chiarificazione sulla migliore tecnica —, nonchè ogni eccesso o difetto dell'azione cardiaca in confronto delle resistenze periferiche; mentre in fisiopatologia, in ogni prova d'esplorazione funzionale, sarà più facile valutare il significato dei disquilibri indotti, il vario gioco dei fattori emodinamici sotto stimoli che possono influire più nell'uno che nell'altro senso.

Ipertesi essenziali e ipertesi renali. Passando allo studio della cosidetta ipertensione essenziale e dell'altra cosidetta renale, il R. ammette l'esistenza o almeno la possibilità di quadri ipertensivi non solo estranei ad un momento nefropatico primiti-

vo, ma essi stessi suscettibili di una propria lenta evoluzione con risentimento secondario dei visceri più « arteriosi ».

Così ragionando, si viene ad allargare il terreno di osservazione e di giudizio sulle sindromi ipertensive. Poichè la parte del rene nella malattia è sempre l'aspetto pratico e dottrinario che si si offre per primo, è chiaro che la soluzione del quesito dipende almeno in parte dal giusto orientamento delle ricerche secondo questi criteri:

1) studio sistematico degli ipertesi, colti per quanto è possibile negli stadi precoci, nelle fasi d'oscillazione, clinicamente esenti da lesioni vascolari e da segni di alterata struttura e funzione del rene;

2) studio dei perturbamenti biochimici e funzionali che accompagnano le sindromi di nefrite cronica con deficienza della funzione renale emuntoria, disgiunte da aumento di pressione, per il confronto col corteo proprio dell'ipertensione;

3) studio degli ipertesi-renali, svolto in senso largo e con riferimento individuale: vale a dire come eventuale storia evolutiva svolgentesi nel soggetto stesso e forse ancora riconoscibile, per rilievi clinici, biochimici e funzionali.

Eccitabilità ipertensiva e stato ipertensivo. Lasciando da parte il problema della patogenesi unica o multipla delle ipertensioni essenziali, il R. prende in considerazione la differenza che passa fra l'eccitabilità ipertensiva e lo stato ipertensivo, fra la tendenza al fenomeno e il fenomeno attuato.

Nel primo caso — forme labili o ascessionali, colte in fase latente o attenuata — la condizione neuro-umorale di partenza potrà essere facilmente toccata dal nuovo stimolo e rispondere con un mutamento positivo nel livello della pressione: ipereccitabilità simpatica ad orientamento ipertensivo, per angiospasmo riproducibile ad arte dall'adrenalina. Nel caso, invece, delle ipertensioni permanenti, a livello elevato e poco o punto variabile, è più facile che l'azione simpatica ipertensiva non sia eccitabile da un fattore estraneo sopraggiunto, appunto per il fatto che l'aumento della pressione è già costituito e che la ripercussione sua nell'organismo porta automaticamente allo stabilirsi parallelo — più o meno efficiente e completo — di un complesso biochimico ed umorale contrario o refrattario al nuovo stimolo.

Regolazione neuro-umorale della pressione arteriosa normale e patologica. I brillanti risultati della moderna fisiologia sperimentale sopra la regolazione del circolo hanno il merito d'aver posto i luce un fatto molto importante per la patologia, e cioè l'inscindibile reciproco legame fra fattori nervosi e fattori umorali che insieme costituiscono il meccanismo regolatore. Vero meccanismo neuro-umorale, in cui ogni azione nervosa vegetativa significa una corrispondente azione ormonica e un mutamento parallelo nel metabolismo (elettroliti, lipoidi, ecc.) e meccanismo dotato di squisito potere regolatore per funzioni generali quali il battito cardiaco e la pressione sanguigna, in quanto che provvede sia a stabilire un livello normale *optimum* sia a difenderlo contro ogni mutamento indotto.

Il fattore primitivo e positivo che sostiene la pressione arteriosa, portandola al livello normale per l'individuo adulto, è il tono simpatico, che si crea per l'influenza stimolante della composizione chimica del sangue (CO^2) sui centri vasocostrittori e che a sua volta condiziona per via riflessa il tono parasimpatico operante in senso ipotensivo.

Il tono simpatico, in quanto tende ad elevare la pressione agendo sull'innervazione vaso-costrittrice, fa tutt'uno con l'adrenalina. L'immissione di adrenalina in circolo è sincrona e parallela al variare del tono simpatico, sempre per la via riflessa dei nervi pressorecettori, epperò risponde in senso contrario al mutamento della pressione; tende a ridursi quando la pressione sale. La sua azione vaso-costrittiva si ammette avvenga per stimolo sui centri vasomotori e per attacco diretto sui vasi periferici, sulla « giunzione neuromuscolare » fra fibra simpatica e parete dell'arteriola: e certamente trova primo e prevalente sviluppo arterioso innervato dagli splancnici, mentre è noto che altri distretti vascolari — il cuore è fra questi — rispondono con vasodilatazione allo stimolo simpatico-adrenalinico.

L'opposizione neuro-umorale al tono simpatico-adrenalinico, cioè la base chimica del tono vasale, non è così univoca e definita. Le sostanze vagali sono molte e diverse, avendo in parte significato d'increti (colina, *quid* ipotensivo pancreatico) ma in parte e sopratutto valore di metaboliti locali che si producono nei tessuti e concorrono a regolare *in situ* l'adattamento vasomotorio alle necessità funzionali del singolo viscere o apparato (istamina e cosidette « sostanze H » in genere).

Poichè la sindrome clinica osservata nell'uomo non aderisce in ogni punto al quadro circolatorio della sindrome sperimentale, così da permettere per semplice confronto una definizione analoga come disquilibrio neuro-umorale, conviene ricercare direttamente in quella la presenza di segni che denotino in senso più largo la prevalenza parziale o totale del fattore simpatico-adrenalinico. Il corteo biochimico e funzionale dell'ipertensione, in altri termini, può essere definito secondo i criteri, anzi si potrebbe dire secondo il linguaggio che vale per esprimere un'impronta od orientamento nervoso-vegetativo; resta poi a giudicare se si tratti di note primitive, legate alla patogenesi della disfunzione arteriosa, o invece di note parallele o secondarie al fatto dell'ipertensione e al suo permanere.

Aspetti clinici. L'importanza delle sindromi ipertensive gravi da tumori surrenali è tale che supera sicuramente i limiti stretti della casistica documentata. Qui si assiste ad un quadro puro di esaltazione adrenalino-simpatica, con ipertensione a rapido sviluppo e rapida successione lesiva vascolare specialmente a carico dei reni; ma anche in molti dei casi più comuni e lenti, sia all'inizio sia nel decorso, le oscillazioni brusche della sindrome offrono una fisionomia simile per quanto attenuata. L'affinità si può riconoscere in modo talora chiarissimo nella prova di eccitazione con l'adrenalina. Già l'episodio simpatico ipertensivo provocato nell'individuo normale ricorda innegabilmente assai da vicino, per le note subiettive, e funzionali, la oscillazione spontanea di soggetti ipertesi; ma nell'ipertensione stessa i soggetti capaci di risposta vivace positiva all'ormone possono non di rado ripetere sotto la prova una crisi perfettamente identica alle oscillazioni spontanee altre volte provocate.

Aspetti biochimici e metabolici. Già gli ipertesi giovani, labili, non complicati, mostrano con alta prevalenza una doppia caratteristica nel livello di glicemia a digiuno: tendenza a valori alti, spesso oltre gr. 1,30 ‰, una facile e spiccata variabilità di livello dall'uno all'altro momento, in rapporto talora evidente con l'oscillazione generale della sin-

drome. Le forme fisse inveterate offrono valori più stabili e più spesso normali.

Inoltre il R. ha osservato che la reazione glicemica all'adrenalina è invece in rapporto semplice e diretto — almeno nei casi normali di contegno in glicogeno del fegato — con l'azione simpatica: curve vivaci e rapide di iperglicemia nei casi di forte reazione generale e tensiva, curve mediocri, ma pur sempre positive nei casi rispondenti con cadute della pressione.

Molti caratteri e molti rilievi accennati in tema di glicoregolazione possono estendersi al campo dei lipoidi, quando si tenga conto non del metabolismo di queste sostanze, ma del livello nel sangue circolante: livello che dipende da una propria regolazione e dimostra influenze reciproche con le azioni neuro-umorali. Dimostrati i rapporti di sinergia tra colesterina e adrenalina, cioè dimostrato il parallelo in genere fra colesterinemia e azione simpatico-vasocostrittiva, parve lecito attribuire significato analogo al frequente aumento della colesterina nel sangue dei soggetti ipertesi.

Molto interessante è lo studio del comportamento della lecitinemia, la quale nell'ipertensione tende essa pure a salire, ma in proporzione inferiore all'aumento della colesterina e — a quanto risulta dalle prime ricerche — in epoca più tardiva: ne deriva che l'ipercolesterinemia appare più notevole e frequente, in senso assoluto e relativo, proprio nei casi recenti e puri, mentre nelle forme fisse o evolutive viene in parte controbilanciata dal fattore iperlecitinemia. Quest'ultima vale, per un verso, a dimostrare l'eccesso relativo di colesterina anche in casi a colesterinemia poco più che normali, per l'altro verso rivela la tendenza ad un aumento parallelo, sebbene più lento e limitato, del fosfatide, cioè della sostanza antagonista nell'equilibrio dei lipoidi del sangue. Alla lecitina, parente chimico e biologico della colina, spetterebbe per molti lati il significato di sostanza sinergica con l'azione parasimpatica: ed ecco rilevarsi in nuove forme l'impegno dei fattori neurochimici di contrappeso contro e direi quasi sotto il predominio simpatico-adrenalinico imperante nella sindrome ipertensiva.

L'episodio ipertensivo da adrenalina corrisponde inoltre ad una netta fase di acidosi che si manifesta nell'equilibrio acido-base del sangue e nell'acidità dell'urina, la caduta del pH urinario è anzi uno degli effetti più pronti e comuni della prova.

Nello stato ipertensivo permanente è assai più difficile ottenere indizi sulla condizione chimico-fisica dell'organismo, data la facilità e la tenacia con cui il sangue ricupera il livello normale dell'equilibrio delle proprie costanti fuori di turbamenti momentanei o di disordini gravi.

Esplorazione farmacodinamica dell'equilibrio nervoso vegetativo. A parte l'estratto del pancreas le sostanze ad azione dinamica sul parasimpatico dimostrano una influenza nulla o incostante sulla ipertensione. Così la paralisi atropinica del vago non avrebbe alcuna azione ipertensiva. All'acetilcolina, farmaco stimolante vagale, molte ricerche negano azione ipotensiva nell'uomo. Infine l'azione inversa dell'ergotamina sull'ipertensione a fondo simpatico-adrenalinico ricorda in certo modo, come immagine rovesciata, l'azione ipotensiva dell'adrenalina nell'organismo trattato con ergotamina fino al blocco del simpatico.

Le indagini con l'adrenalina offrono però maggiore interesse in quanto permettono di fare il confronto fra la sindrome ipertensiva spontanea e l'episodio ipertensivo da adrenalina provocato sperimentalmente in un individuo a risposta simpaticotonica. Nell'episodio provocato, al momento dell'acme della reazione, si trova:

1) aumento del volume totale del plasma e dei globuli, cioè una pletora vera globulare e plasmatica;

2) spostamento dell'equilibrio acido-base nel senso dell'acidosi: caduta del pH e della riserva alcalina del sangue, e del pH urinario;

3) ipouria con ipocloruria: accenno di ritenzione ureica, cioè escrezione di urea in confronto col livello ematico;

4) iperglicemia, ipercolesterinemia, ipocalcemia. Nella sindrome ipertensiva spontanea si rilevano d'altro canto: volume plasmatico globulare normale o quasi, acidosi tissulare lievemente aumentata, ritenzione ureica, iperglicemia, ipercolesterinemia, ipocalcemia con prevalenza del potassio.

Malattia o sindrome? Limiti dell'ipertensione autonoma. Il R. dice sindrome e non malattia, per non pregiudicare il quesito nosologico; il quale, in verità, provoca ancora oggi dissensi ed incertezze ben comprensibili, nonostante la comune tendenza che spinge a vedere nell'ipertensione un qualche cosa di autonomo, di « essenziale ». In fondo, il concetto di « essenziale » vuole sopratutto liberare il quadro ipertensivo dai vincoli stretti di dipendenza verso la nefrite e la sclerosi arteriolare; ma non esclude che l'autonomia, il carattere clinicamente puro del quadro stesso non possa dipendere a sua volta da fattori, o da vie diverse, avere cioè significato sintomatico multiplo anzichè significato unitario e indipendente fin nel momento primo patogentico.

Impronta ereditaria costituzionale. Per quanto l'importanza del fattore ereditario e del terreno costituzionale nelle malattie croniche del cuore e del circolo fosse nota ai vecchi medici, solo da pochi anni l'ipertensione è stata oggetto di studio sistematico come tendenza e come fatto svolgentisi su di una base individuale « predisposta ». Ma questo studio ha condotto a risultati molti significativi, tali, da superare di un buon tratto le nozioni classiche sulle malattie ereditarie — quelle del ricambio, per es. — per portare l'ipertensione al primo posto come frequenza e come concreto legame fra il terreno organico e la sindrome.

D'altronde altri elementi, più espressivi e sicuri nel loro carattere brutale, danno rilievo all'impronta morbosa familiare: primo fra tutti l'insulto cerebrale e, tra i segni stessi cardiaci, gli accidenti precoci e recidivi di asma, di angor, tanto più se integrati dall'abito pletorico. Ma quel che più conta a favore dell'ipertensione, che la distingue dalla semplice decadenza senile del circolo e dei visceri, è l'epoca, il ritmo d'insorgenza dei fenomeni clinici ad essa collegati: come sindrome palese spesso toccante l'acme del disquilibrio tensivo e delle ripercussioni funzionali sui visceri, l'ipertensione non è malattia della vecchiaia, ma piuttosto dell'età adulta, ed è indiscutibile lo stimolo accentuante della menopausa intesa come il complesso presenile dei mutamenti neuro-umorali che offrono un chiaro orientamento simpatico.

Ma oggigiorno l'impronta ereditaria dell'ipertensione non si dimostra soltanto con i criteri indiretti, con l'indagine statistica delle complicazioni viscerali e delle associazioni: si conoscono ormai esempi sicuri di ipertensioni familiari inte-

ressanti più generazioni, e non v'è dubbio che si faranno assai più numerosi quanto più verranno in luce le manifestazioni precoci giovanili e le forme latenti.

Esperimenti e clinica dimostrano ogni giorno più che azioni esterne possono essere responsabili delle affezioni degenerative del circolo arterioso e dei visceri, ma non smuovono che in modo puramente sporadico e sintomatico l'equilibrio della pressione se non concorre l'orientamento neuro-umorale proprio dell'individuo. Ipertensioni permanenti da lavoro fisico, da cimento arterioso distrettuale o generale, da temperatura, da alcool, da tabacco, e perfino da lue non resistono oggi alla critica se non si ammette sempre una base autonoma spontanea. Tutt'al più la causa acquisita potrà favorire qualche turbamento del medesimo tipo nel meccanismo neuro-chimico di regolazione: così per es. nel caso della lue, i processi di periaortite con danno dei nervi pressorecettori o di arterite nel dominio degli splancnici, o forse anche le alterazioni specifiche metaboliche e umorali (colesterinemia, ipersurrenalismo ?).

Più importante e concreto, pur sempre tra le azioni indirette, è il fattore alimentare.

Tra i fattori esterni ha preso oggi il primo posto la vita psico-emotiva ed anzi si attribuisce ad essa un'alta responsabilità nella frequenza e nella precocità di sviluppo dell'ipertensione nell'epoca nostra.

Il fattore nervoso centrale. Volendo accogliere la tendenza moderna per la localizzazione in pieno mesencefalo dei centri regolatori della vita vegetativa, si può ammettere che anche la disposizione al disquilibrio ipertensivo abbia quivi un motivo endogeno favorente l'orientamento neuroumorale in senso vasocostrittore. Ma è concetto ancor molto generico, nè pare in alcun modo dissociabile, per ciò che si riferisce alla pressione arteriosa e alle azioni angiospastiche, dal fatto concreto e dalla diretta importanza dei centri bulbari vasocostrittori. È su questi centri che ancora oggi esperimenti e clinica si basano per studiare l'eventuale partecipazione del sistema nervoso centrale e dell'endocranio alla genesi dell'ipertensione. E ancora è necessario distinguere fin dove è possibile ciò che può avere significato di alterazione primitiva nell'attività dei centri, nel loro tono, e ciò che invece può dipendere da influenze irritanti di altra origine. Oggi, con le nozioni sui nervi pressorecettori i centri vasomotori non hanno significato autonomo come regolatori diretti della pressione, ma fanno tutt'uno col sistema neuro-umorale periferico: ogni azione simpatico-adrenalinica si svolge solidale all'eccitamento dei vasocostrittori e viceversa, e uno stimolo tipicamente periferico quale l'adrenalina interessa anche i centri bulbari.

Aspetti endocrini particolari. Dopo le prime nozioni sull'adrenalina della pressione circolatoria è venuta rapidamente a crescere d'importanza, inquadrandosi in vario modo nel gioco degli antagonisti e dei fattori positivi e negativi di disquilibrio. Il surrenaloma e la castrazione sono i due modelli tipici d'ipertensione ottenuti rispettivamente per eccesso di azioni ipertensive o per difetto di azioni antagoniste.

Oltre ai surreni, anche l'ipofisi è stata chiamata in causa nel determinismo dell'ipertensione. È difficile però precisarne la parte e stabilire il significato della lesione della glandola stessa. Finora pare evidente che il fattore ipofisario non sia responsabile diretto dell'ipertensione, ma complichi o promuova un complesso endocrino in cui si crea fra altre note metaboliche e funzionali anche l'orientamento simpatico-vasocostrittore. Altrettanto si ammette avvenga nella menopausa.

La deficienza delle paratiroidi, nel quadro ben noto della tetania, si associa a stato spastico della muscolatura liscia vasale, a caduta del calcio ematico e presenza di guanidina nel sangue.

Queste affinità col complesso della ipertensione arteriosa, appena sufficienti per consentire un parallelo lontano fra i tanti aspetti e adattamenti secondari, hanno recentemente ispirato a Knud Secher una teoria sulla genesi ipoparatiroidea della malattia, che in alcuni casi parrebbe appoggiarsi al rilievo anatomico dell'atrofia delle glandole (a carico delle cellule principali, non delle eosinofile) e all'azione utile dell'estratto paratiroideo sulla calcemia e sulla pressione.

Aspetti vascolari. Nel contegno del sistema vascolare, e prima di tutto dei vasi arteriosi stessi, bisogna distinguere le anomalie che hanno significato sintomatico o secondario rispetto all'ipertensione e le anomalie che invece possono aver parte nella genesi dello stato ipertensivo. Si dovrebbero inoltre distinguere condizioni funzionali e condizioni organiche, poichè tanto le une quanto le altre possono interessare tutti e due gli aspetti, e infatti sono state proposte volta a volta fra le manifestazioni vascolari satelliti della malattia costituita o fra le ragioni primitive del vizio circolatorio. Così per es. i segni innumerevoli di irritabilità vascolare, spontanei o provocabili — ma sempre caratterizzati da ripercussioni esagerate sulla pressione — compongono il quadro precoce di quell'eretismo arterioso ipertensivo che in parte corrisponde alla tendenza endogena e alle fasi iniziali. Senonchè gli stessi sintomi, se pure con minori oscillazioni tensive, si trovano ancora nelle fasi tardive; ed anzi in pieno quadro d'arteriosclerosi o di tossicosi renale si osserva spesso un'alta sensibilità a molti « riflessi vascolari » da stimoli meccanici o termici o chimici o biologici.

Praticamente un modico aumento di pressione, sopratutto sistolica, accompagna di frequente i processi di aortite sclerotica e d'ateromasia delle grandi arterie: ma assai più intimo e frequente è il rapporto clinico e anatomico dell'ipertensione con la forma diffusa viscerale d'arteriosclerosi, e questa ha significato di associazioni parellele in un substrato funzionale e metabolico favorevole ad entrambi i processi, in parte anche di successione inevitabili sulla base dello stato ipertensivo.

I medesimi ragionamenti valgono anche per l'altro elemento della sindrome ipertensiva: il cuore. Gli stessi fattori endogeni che preparano e portano all'aumento delle resistenze sono in fondo capaci di un'azione parallela di stimolo sul miocardio, corrispondente alle necessità dell'adattamento per un livello sufficiente di pressione sistolica: nè si deve escludere che l'azione stimolante possa avere in parte significato primitivo, che cioè l'energia effettivamente impiegata dal miocardio ed espressa nella portata circolatoria si faccia e si mantenga superiore alle necessità meccaniche imposte dalla periferia.

Dal complesso delle sue osservazioni il R. viene infine alle seguenti conclusioni, riconoscendo alla sindrome ipertensiva questi caratteri-base:

1) un'impronta ereditario-costituzionale favorevole alla patologia funzionale ed organica del-

l'apparato arterioso e dei visceri che più ne dipendono (cuore, reni, cervello). Un substrato endogeno ad orientamento simpatico sulle proprietà del sistema circolatorio e sui fattori neuro-umorali dell'equilibrio tensivo;

2) una risultante funzionale — l'ipertensione — riconducibile per i suoi caratteri ad un eccesso sporadico o permanente, assoluto o relativo, diretto o indiretto dell'azione simpatico-adrenalinica. Risultante provocata da fattori diversi, capaci di operare sull'equilibrio neuro-umorale del circolo in senso solidale alla tara endogena: fattori endocrini, nervosi centrali e periferici, vascolari, renali;

3) un'impronta clinica diversamente orientata in accordo col diverso prevalere nel disquilibrio ipertensivo dell'elemento cuore-aorta-pletora (pressione sistolica) o dell'elemento angiospasmo (pressione diastolica).

(*Continua*). A. POZZI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini,,

Montecatini-Terme, adunanza del 2 ottobre 1932.

Presiede il prof. FRUGONI, dirett. delle RR. Terme.

Acque minerali ed azioni enzimatiche.

Prof. RONDONI e dott GIABATTINI. — Hanno studiato le diverse attività enzimatiche del succo duodenale prelevato con sondaggio prima e dopo la somministrazione più o meno continuata di acque di Montecatini, onde rilevare eventuali modificazioni qualitative o quantitative, ed indagare quindi sulla funzione secretoria (esocrina) del pancreas e quella delle ghiandole della mucosa e sottomucosa duodenale. Inoltre hanno studiato in vitro l'azione diretta del succo duodenale prima e dopo la somministrazione di acque di Montecatini sopra i vari fermenti.

Ecco i resultati:

1) *Attività amilolitica* del contenuto duodenale: lieve diminuzione dei valori dell'amilasi dopo la somministrazione di acque.

2) *Attività lipasiche*: per lo più i valori diminuiscono leggermente, ma qualche volta aumentano.

3) *Attività proteolitiche*: diminuzione.

4) *Ereptasi* nel contenuto duodenale: reperto negativo.

5) *Azione diretta in vitro* delle acque di Montecatini sulle attività enzimatiche: la funzione amilolitica è aumentata; la funzione lipasica è sempre più o meno inibita specialmente dalle acque più concentrate; la funzione proteolitica è aumentata specialmente dalle acque più forti.

Concludendo: tranne in pochi casi riguardo alle lipasi, per tutti gli altri fermenti la concentrazione loro è assai modicamente ridotta nel contenuto duodenale dopo l'uso delle acque, in conseguenza di una diluizione maggiore dei fermenti per l'aumentato afflusso di bile e forse anche per una fluidificazione generale di tutti i secreti che si versano nel cavo duodenale sotto l'influenza della bibita. Quindi la secrezione di enzimi per parte del pancreas non è aumentata o lo è meno della escrezione epato-biliare e del flusso idrico. L'azione zimostenica delle acque di Montecatini è positiva per l'amilasi, e per la proteasi triptica, negativa per la lipasi pancreatica.

Prof. PISANI. — Concorda con l'interpretazione data dal prof. Rondoni, tanto più che egli stesso ha potuto constatare ripetute volte come la duodenorrea si accompagni ad una molto migliorata digestione epato-pancreatica degli alimenti. Ricerche fatte con le varie acque di Montecatini nello Spedale di Prato da lui diretto in sani ed ammalati col pasto di Schmidt, hanno dato la dimostrazione di questo fatto.

Prof. GUIDI. — Ricorda sue ricerche (1927-28) nell'Istituto di Farmacologia di Firenze, le quali dimostrarono un potere zimostenico delle acque di Montecatini nel senso di attivare alcune fermentazioni e deprimerne altre (notevole attivazione nella fermentazione alcoolica dello zucchero operata dal « Saccharomices cerevisiae », e diminuita la fermentazione amigdalica dovuta alla emulsina della mandorla amara, diminuito il potere ossidante delle ossidasi contenute nelle patate).

Le cure inalatorie con l'acqua del Tettuccio.

Dott. P. F. PIERI. — Riporta il risultato di sue ricerche nell'Ospedale di Prato, nel suo reparto di Otorinolaringoiatria, eseguite su individui sani e su ammalati di vegetazioni adenoidi e ipertrofia tonsillare e su ammalati di lesioni catarrali acute del tessuto linfatico naso-faringeo e sulla mucosa stessa. Sedute giornaliere di inalazioni caldo-umide dirette con acqua del Tettuccio per la durata di 20 minuti ognuna. Segni di reazione locale (aumento della secrezione mucosa e dei microrganismi presenti nel muco); cui segue un ristabilimento della funzione normale (ritorno della mucosa al colorito leggermente roseo, decongestione, diminuzione di volume degli elementi linfatici, scomparsa dei fatti catarrali e di ogni fenomeno soggettivo). Interpreta i resultati come la manifestazione di un'aumentata azione battericida del siero di sangue ed una stimolazione del ricambio cellulare locale, per l'azione che il cloruro di sodio esercita sul circolo sanguigno e sopra i tessuti linfatici. Sarebbe logico pensare col Sanarelli, che la mucosa naso-faringea modifichi la propria carica elettrica per la presenza del cloruro di sodio, sì da favorire l'espulsione degli elementi microbici.

Il ricambio idrico salino sotto l'azione delle acque di Montecatini.

Prof. MESSINI e laur. SCALABRINO. — Furono studiate le variazioni dei globuli rossi e dei cloruri del sangue e inoltre quelle della quantità, del peso specifico e dei cloruri delle orine per 10-14 giorni, durante il periodo della cura o immediatamente dopo la bevuta, facendo esperienze di controllo anche con l'acqua di fonte.

Nelle primissime ore dopo la bevuta i gl. r. rubiscono una iniziale diminuzione relativa con acqua di fonte e con acque meno concentrate. I cloruri con l'acqua di fonte e con le acque più concentrate tendono ad avere un andamento analogo a quello dei gl. r.; con le acque di media concentrazione salina subiscono un aumento in parte assoluto, che è però temporaneo. L'eliminazione dei cloruri nelle orine raccolte ogni ora nelle 4 ore successive alla bevuta, aumenta tanto più quanto più alta è la concentrazione delle acque; relativamente però alla quantità dei cloruri introdotta con ingestione di acqua, la quantità di cloruri eliminata diminuisce con l'aumentare della concentrazione salina dell'acqua. La curva dei volumi dell'orina segue un andamento opposto a quello della curva dei cloruri.

Gli OO. deducono elementi di valore pratico per le indicazioni e controindicazioni alla cura delle acque di Montecatini *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Stasi duodenale ed itterizia catarrale.

J. Hatzieganu e M. Hanganutz (*Soc. méd. hôp. Paris*, 6 giugno 1932) criticano l'opinione che l'itterizia catarrale sia primariamente una malattia epatica. Essi mettono in rilievo la frequenza con cui i sintomi dispeptici continuano dopo che il fegato è ritornato al volume normale e dopo la scomparsa dell'ittero. In alcuni casi hanno ricercato la causa per cui continuava uno stato subitterico e persisteva, anche per anni una dispepsia, dopo cessati gli attacchi di itterizia. All'esame radiologico di 21 di tali casi, si osservò in tutti, meno in 3, uno stato di stasi duodenale più o meno marcato. Altri autori hanno rilevato una stasi analoga in casi di colecistopatia e di pancreatite; in questi casi, la gastroscopia dimostrò la presenza di piloroduodenite.

L'A. ritiene che in tutti i casi di itterizia catarrale vi sia un'alterazione del contenuto duodenale, con aumento del muco e, nel 50 % vi sia anche un'insufficienza pancreatica esterna. La duodenite e la pancreatite sarebbero la causa della stasi duodenale ed avrebbero una parte importante nella produzione dei sintomi dispeptici dell'itterizia catarrale. La stasi si manifesta talora precocemente, talora tardivamente dopo la comparsa dell'itterizia ed è probabile che la duodenite sia un fattore importante nella patogenesi dell'itterizia.

fil.

Ipofisi anteriore e cistifellea.

In un suo precedente lavoro F. Fischer (*Klin. Woch.*, 23 luglio 1932) aveva già messo in evidenza i rapporti fra sistema biliare estraepatico e sistema nervoso vegetativo da una parte e lobo anteriore dell'ipofisi dall'altra. Si era infatti notato in una numerosa serie di colangiopatici, in circa l'80-100 % dei casi, dei sintomi che corrispondevano perfettamente a quelli della cachessia ipofisaria o malattia di Simmonds. Siccome si trattava quasi sempre di forme leggere senza esito mortale, si pensò a insufficienza non grave del lobo anteriore della ipofisi. Si studiò in alcuni di questi casi l'effetto terapeutico dell'estratto anteriore di ipofisi e si notò un notevole miglioramento dello stato morboso con cessazione dei dolori anche se datanti da lungo tempo. Non si ebbe occasione di riscontrare se l'estratto avesse lo stesso effetto sulle coliche.

L'A. ha voluto continuare le ricerche studiando direttamente, per mezzo del sondaggio duodenale, l'effetto dell'estratto di ipofisi sulla cistifellea. In tutti i 10 casi studiati, notò, dopo l'iniezione di estratto, uno svuotamento notevole dalla cistifellea di bile nera. Il tempo in cui questa reazione avveniva, fu vario per i vari casi. Iniettando estratto di lobo posteriore dell'ipofisi questa reazione non si aveva o era molto poco marcata. G. LA CAVA.

Contributo al trattamento degli itteri e dell'insufficienza epatica con insulina e glucosio.

I. Tisu, partendo dal concetto che nelle diverse affezioni del fegato con insufficienza epatica, il glicogene sia diminuito o assente e che in questi casi sarebbe utile di fare un trattamento di arricchimento della cellula epatica in glicogene, intraprende un trattamento con insulina e glucosio. L'insulina oltre all'azione glicopessica avrebbe anche, com'è noto, un'azione colagoga.

Vengono studiati 14 casi, di cui 11 con ittero e 3 con cirrosi; viene usata l'insulina danese Novo. In tre casi di ittero catarrale con insufficienza epatica inietta fino a 15-20 unità aggiungendo 30-40 gr. di zucchero in 200 gr. di latte: ottiene guarigione in 2 casi e miglioramento nel terzo.

In 6 casi di ittero, susseguente ad un trattamento antisifilitico, vien fatto lo stesso trattamento con 20-30 unità al giorno e con 30-50 gr. di zucchero, e malgradochè le forme datassero da più di un anno si ottengono 4 guarigioni e due miglioramenti semplici; la durata del trattamento fu di 13 giorni in un caso, di 20-50 giorni negli altri.

Buoni risultati, con controllo chimico della funzionalità epatica, l'A. ottiene anche in due casi di ittero gravidico e in tre casi di cirrosi con insufficienza, di cui una ipertrofica e le altre due atrofiche. E. ANTONIAZZI.

Funzione epatica e sensibilità all'insulina.

Il fegato, osserva E. Forsgren (*Kl. Woch.*, 20 agosto 1932), possiede una funzione ritmica, che si svolge con l'alternarsi di attività secretorie (secrezione biliare) e di attività assimilatorie (glicogenesi). È stato dimostrato che quando la funzione biligenetica raggiunge un massimo — e ciò avviene nell'uomo normale durante le ore del giorno — il fegato s'impoverisce di glicogeno; e che il viceversa accade nelle ore notturne. La conoscenza di questo ciclo che si compie nelle 24 ore rende ragione di alcuni paradossi rilevati nello studio del ricambio dei carboidrati e della sensibilità per l'insulina, di fronte agli apporti alimentari.

Ormai un gran numero di esami hanno provato che il tasso glicemico è più basso nel pomeriggio (a parte la temporanea iperglicemia postprandiale) che nel mattino a digiuno.

Sono stati descritti vari casi di diabetici in cui alle 2 del pomeriggio, due ore dopo il pasto, si è trovata una inattesa ipersensibilità verso l'insulina. Fra le 11 antim. e le 5 pom.

vi è una « zona » di ipersensibilità insulinica, di cui si deve tener conto nella somministrazione del medicamento. Quando occorra dare ad un malato una dose di insulina nel pomeriggio, essa sarà inferiore a quella che si darebbe nelle prime ore del mattino. Il ritmo funzionale del fegato, e quindi le conseguenti variazioni del metabolismo carbidrato, sono poco o nulla influenzati dall'orario dei pasti; tanto che, stabilite nel modo più vantaggioso le ore di somministrazione dell'insulina nella giornata, conviene non variarle anche dovendo mutare l'ordine o il tempo dei pasti.

PUDDU.

SEMEIOTICA.

Diagnosi precoce della tossiemia gravidica.

N. White (*The Practitioner*, settembre 1932) indica come il segno più precoce ed importante l'*edema*; la sua comparsa ai piedi ed alle gambe deve mettere in sospetto e fare ricercare se vi è albuminuria od aumento di pressione; l'edema generalizzato, specialmente se esteso alla faccia ed alle mani è un segno definito di tossiemia. Il tipo più importante è quello che si diffonde gradatamente alle cosce e alla parete addominale e poi alle mani e faccia, tipo che si osserva nello stadio pre-eclamptico.

Più tardiva è la *cefalea*; dovuta alla tossiemia, essa non precede lo sviluppo dell'albuminuria e l'aumento della pressione che di 2 settimane circa. Anche i disturbi visivi sono un segno tardivo che si osserva nello stadio pre-eclamptico. La cecità parziale o completa interviene 1-2 ore prima dell'accesso; uguale significato hanno il dolore epigastrico e la cefalea violenta.

Un segno importante è l'*elevamento della pressione*. Ogni aumento oltre i 140 mm. va considerato di origine tossiemica; se intervenuto rapidamente ed oltre i 160, indica l'urgenza del trattamento.

Raramente si ha come primo segno l'*albuminuria*, che si ha invece precocemente nella nefrite cronica e può essere preesistente alla gravidanza. Nello stadio pre-eclamptico, la quantità di albumina aumenta rapidamente.

Per decidere se vi sia o non la tossiemia, si deve tener conto di tutti i sintomi e segni. Un leggero aumento di pressione, con edema moderato e cefalea od uno di tali sintomi con leggera albuminuria hanno un significato maggiore che non un aumento notevole di pressione senza altri sintomi. L'esistenza di uno solo di essi indica soltanto che si deve procedere a ricerche ed osservazioni.

L'*emorragia ante partum* può essere conseguenza della tossiemia ed è generalmente associata con infarto placentare, che provoca morte del feto. In generale, però, la tossiemia che porta all'emorragia *ante partum* non provoca eclampsia.

fil.

Un nuovo segno della morte reale.

H. Bordier (*Bull. Acad. de médicine*, 19 luglio 1932) ha rilevato che, *nel vivo*, una corrente di diatermia applicata sopra una parte del corpo (p. es., addome e regione lombare) fa salire, in 15-20 minuti, la temperatura presa in un punto lontano dagli elettrodi (all'ascellare od in bocca); tale elevazione raggiunge facilmente, dopo 20-30 minuti, 1°.5, con un'intensità di 1500-2000 milliampères). Essa è dovuta al riscaldamento del sangue e dei liquidi circolanti, al loro passaggio nei tessuti compresi fra gli elettrodi.

Se la circolazione è totalmente arrestata, se il cuore cioè non ha la minima contrazione, la temperatura ascellare od orale rimane la stessa. In tal caso, si può affermare la morte reale.

fil.

MEDICINA SOCIALE.

La questione della secrezione interna della milza.

Già da tempo sono note le correlazioni ormonali esistenti tra milza da un lato, pancreas stomaco, intestino, midollo osseo, emolisi e ricambio dall'altro. Così sembrano anche da riportare ad una attività ormonica l'azione protettiva della milza rispetto all'infezione da bartonelle, e l'attività che la milza dimostra contro l'attecchimento dei tumori sperimentali. Mediante la parabiosi si è recentemente dimostrato che l'azione della milza sul midollo, manifestantesi con la comparsa di corpi di Jolly dopo la splenectomia, è anch'essa dovuta ad una correlazione ormonica. Fu infine riscontrata ipertrofia della milza di uno dei due ratti in parabiosi per splenectomia dell'altro.

E. Lauda (*Wien. Klin. Woch.*, 5 agosto 1932), si occupa ora dell'azione della milza sul ricambio dei carbidrati, e giunge a dimostrare sperimentalmente in animali posti in parabiosi, che l'azione di innalzamento della tolleranza per i carbidrati attribuita da molti AA. alla milza, deve essere senza dubbio anch'essa riferita ad una attività incretoria della milza stessa.

PUDDU.

L'azione del paratormone e l'ipotesi patogenetica di Lundborg (ipoparatiroidia) dell'epilessia mioclonica.

C. J. Parhon e S. Costantinesco (*Revue Médicale Roumaine*, n. 1, 1932) ricordano che Lundborg ha emesso l'ipotesi che l'epilessia mioclonica rappresenti una forma di insufficienza paratiroidea in base sopratutto alla somiglianza che le mioclonie di tali malati hanno con quelle degli animali paratiroidectomizzati. Gli AA. riportano brevemente due casi di epilessia mioclonica in cui alla terapia con luminal venne per alcuni giorni sostituita quella con paratormone di Collip, 1 cc. sottocute. Oltre alle crisi comiziali propriamente dette, entrambi i pazienti presentavano contrazioni muscolari brusche e violente che imprimevano movimenti al tronco e agli arti: essi si calma-

vano solamente con l'uso del luminal, senza del quale raggiungevano tale intensità da obbligarli a tenere il letto e da impedire anche il sonno. L'esame neurologico dava, in uno esagerazione dei riflessi rotulei e presenza del segno di Romberg, nell'altro solo un rallentamento delle reazioni capillari. Esistevano note di iperpituitarismo. La calcemia era normale in un caso, aumentata nell'altro.

I risultati ottenuti col paratormone hanno dimostrato che esso ha un'azione sedativa incontestabile: con l'uso di esso per molti giorni si è riusciti ad impedire l'insorgenza delle mioclonie, ma molte volte però l'iniezione rimase senza effetto.

Secondo i fatti constatati, gli AA. non credono di poter confermare l'ipotesi di Lundborg, in ciò basandosi anche sui reperti istologici di un altro caso in cui lo studio delle paratiroidi non dimostrò alterazioni di sorta.

E. ANTONIAZZI.

Osservazioni sulla costituzione dell'ormone dell'estro.

Le ricerche sulla struttura dell'ormone dell'estro hanno portato a stabilire per i due prodotti cristallini isolati dall'urina di donna gravida le formule $C_{18} H_{22} O_2$ e $C_{18} H_{24} O_3$. Il primo sarebbe una chetoidroossiestrina, e il secondo uno triidroossiestrina.

Sottoponendo la triidrossiestrina ad ossidazione, G. F. Marrian e G. A. D. Haslewood (*The Lancet*, 6 agosto 1932), hanno ottenuto un acido bibasico $C_{18} H_{22} O_5$, e poichè da esso per metilazione e distillazione si è avuta una metaossianidride e da questa per acetilazione una acetilanidride, sembra verosimile la derivazione dell'acido da un corpo contenente un anello a cinque membri. Accettando invece l'ipotesi che le molecole dell'estrina abbiano uno scheletro formato dalla fusione di anelli fenolici, si potrebbe pensare a strutture del tipo dell'antracene e del fenantrene da un lato o del crisene dall'altro. E poichè pare che anche il colesterolo e gli acidi biliari e quindi anche il « pregnandiol » siano derivati di riduzione crisenici, si potrebbe pensare ad una relazione fra estrina e disturbi del metabolismo del colesterolo, quali si hanno in gravidanza.

Procedendo alla determinazione del numero di iodio, i nostri AA. trovano che ogni molecola di metiletere di triidroossiestrina reagisce con due atomi di bromo; ogni molecola dei bromuri degli eteri metilici delle due estrine contiene però un solo atomo di bromo: ciò che parla contro l'esistenza di un doppio legame nelle molecole stesse.

Come derivato di riduzione Clemmensen della chetoidroossiestrina si ottiene un fenolo, la cui formula è $C_{18} H_{24} O$ e non $C_{18} H_{26} O$ come Butenand aveva suggerito. Così pure, contrariamente alle idee di questo A., mancherebbe nella molecola dell'estrina un doppio legame enolico.

PUDDU.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Chinina ed epilessia. — All'abb. n. 8695:

La chinina non è sostanza epilettogena. A dosi terapeutiche non è controindicata negli epilettici. Una volta figurava anche nelle formole dei medicamenti anticomiziali. Ma è stato poi abbandonato perchè non risultò proficuo.

DR.

Al dott. G. D. M. da V. I.:

Un libro sulle incompatibilità medicamentose è stato pubblicato dalla Società editrice Libraria, Milano-Napoli.

fil.

VARIA.

L'azione protettiva dell'alcool e del vino.

R. Cruchet e F. Noblia (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 luglio 1932) adottano il termine di *filassi* per indicare il fatto che un veleno (virus, tossico o tossina) che in determinate condizioni provoca un grave disturbo ed anche la morte, diventa inoffensivo quando l'organismo riceve una sostanza che lo protegge, introdotto preventivamente o, ad ogni modo, in tempo utile. Tale immunità differisce da quella umorale o da quella per mitridatismo, per l'assenza di anticorpi, per la sua rapida comparsa e la non specificità per sostanze di origine varia.

Gli AA. hanno studiato la filassi prodotta dal vino e dall'alcool ed hanno osservato che, in realtà, l'alcool possiede delle evidenti qualità protettive contro gli effetti nocivi della stricnina, della sparteina e di altre sostanze tossiche. Meno evidente è quella contro la tossina difterica e la rabbia.

Il vino, specialmente quello bianco, ha una influenza analoga contro alcune sostanze tossiche, specialmente la stricnina. Questo fatto può spiegare l'azione utile, conosciuta da tempo, contro le tossi-infezioni.

fil.

Coesistenza e reciproca influenza delle malattie.

R. Rössle (*Klin. Wochens.*, 3 settembre 1932) indica come *sintropia* il rapporto regolarmente esistente fra due malattie (sindrome è invece l'espressione di una malattia unica). Il calcolo delle probabilità può decidere se la coesistenza fra le due malattie sia regolare oppure casuale: è difficile però il poter affermare con sicurezza se esista o meno la sintropia, come si ha, p. es., fra rachitismo e spasmofilia, fra sclerosi cerebrale tuberosa e tumore renale, fra osteodistrofia fibrosa e tumore dei corpi epiteliali.

La sintropia di gravi malattie appare più frequente all'autopsia che all'osservazione clinica, poichè spesso una delle due malattie predomina il quadro morboso. Fra le sintropie negative, possono citarsi la rarità delle gravi metastasi in organi nella tubercolosi polmonare grave e quella fra tubercolosi e cancro.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASIAGO (*Vicenza*). — Scad. 30 nov., 1° reparto; L. 10.000 oltre L. 1800-2500 trasp., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10. Chiedere avviso.

AVELLINO. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. ore 12 del 30 dic. Direttore del Consorzio e del dipendente Dispensario provinciale; esami e titoli; L. 15.000 aumentabili, oltre L. 5000 serv. att., indennità varie; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 1° ottobre. Chiedere annunzio.

BARZANÒ (*Como*). — Concorso per titoli ed esami: scadenza ore diciotto del 30 novembre 1932. Stipendio annuo L. 9000. Assegno Ufficiale Sanitario L. 1500. Mezzo di trasporto L. 3500. Indennità per ambulatorio (se tenuto in casa del Medico) L. 500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % e gravato dalle riduzioni di legge. Età minima anni 40, salvo eccezioni di legge. Documenti da allegarsi alla domanda in bollo da L. 3; in bollo competente e legalizzati nelle forme di legge: 1) Certificato di cittadinanza italiana; 2) Certificato penale generale del Casellario Giudiziario; 3) Diploma di laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile (per i laureati che ne hanno obbligo a norma di legge, anche il certificato dell'Esame di Stato; 4) Certificato di nascita da cui risulti che il concorrente non ha superato il 40° anno di età. La condizione del limite massimo di età non vige per quei concorrenti che abbiano già prestato o prestino servizio in altre Condotte, fatte salve le condizioni fisiche; 5) Certificato di buona condotta morale, politica e civile, rilasciato dal Comune o dai Comuni in cui il concorrente abbia avuto la residenza nell'ultimo biennio; 6) Certificato di sana e robusta costituzione fisica; 7) Certificato di inscrizione nell'albo di uno degli Ordini dei Medici del Regno; 8) Tutti quegli altri documenti che il concorrente crederà opportuno produrre in appoggio alla sua domanda e anche quello di eventuale servizio prestato in guerra presso unità mobilitate; 9) Vaglia di L. 50,10 per tassa di concorso; 10) Elenco in duplice copia dei documenti e titoli presentati. I documenti indicati ai N. 1-2-5-6 e 7 devono avere una data non anteriore a 3 mesi dal 20 ottobre 1932-X. Chiarimenti da richiedere alla Segreteria Comunale.

BONASSOLA (*Spezia*). — Scad. 10 nov.; L. 7200 e 10 bienni ventes.; riconoscim. metà serv. anter.; L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BRUNICO (*Bolzano*). — Scad. 10 nov.; consorzio; L. 7500 pel 20 % della popolaz.; addizion. L. 6; 4 quinquenni dec.; 10 % stip. se uff. san.; L. 1400 indenn. abitaz.; c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50. Per i concorrenti di lingua madre differente dall'italiana è richiesto un certificato di conoscenza della lingua italiana rilasciato da un Direttore didattico governativo.

CANOSA (*Bari*). — Scad. 15 nov.; chirurgo primario: rivolgersi segreteria com.

CREMONA. *Manicomio Provinc.* — Scad. 15 nov.; medico di prima classe; L. 14.000 e 5 quadrienni dec. oltre c.-v.; abitazione e ortaglie su canone di L. 500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile*. — Cercasi chirurgo interino munito titoli lunga pratica presso importanti ospedali come primario o aiuto. Stipendio L. 1000 mensili già ridotto 12 %, compartecipazione 60 % proventi atti operatori ed ambulatorio, percentuale camere a pagamento. Ospedale modernamente attrezzato; capacità cento posti letto. Inviare *curriculum vitae* ed elenco documenti, da esibire a richiesta, alla Congregazione di Carità di Montegiorgio, alla quale potranno richiedersi ulteriori schiarimenti.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Al 15 dic., ore 18; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 16.700 aumentabili a L. 18.000 oltre L. 3700 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 9 ott.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

OLGIATE OLONA (*Varese*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica con diritto: *a*) allo stipendio iniziale L. 9000 aumentabile di un decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni consecutivi di servizio effettivo, con obbligo della dimora nel centro dell'abitato; *b*) all'assegno pel servizio di Ufficiale sanitario, da stabilirsi da S. E. il sig. Prefetto; *c*) all'assegno per la bicicletta lire duecento, e da approvarsi nei modi di legge. Lo stipendio e gli assegni di cui alle lettere *a*), *b*), sono soggetti alla riduzione del 12 % di cui il R. D. 20 novembre 1930, n. 1491 ed alle altre trattenute di legge. Domanda, tassa da L. 50,10 e documenti (l'elenco dei quali con le altre notizie possono rilevarsi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale), debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore sedici del 15 novembre 1932.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto Terni II, Montenero-Petacciato (Ancona); Reggio Emilia, Imola (Bologna); Olgiate Calco (Milano); Agrigento II (Palermo); Cascina (Pisa); Avezzano I, Roccasecca II (Roma); Grigno (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispetivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scad. ore 17 del 15 dic. 1932.

ROMA. *Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli Invalidi di guerra*. — Scad. 15 dic.; 3° assistente medico presso il Sanatorio Vitt. Emanuele III di Aspromonte; L. 13.500, aumentabili di 5 decimi in 19 anni, oltre L. 2500 serv. att., assegno di famiglia; decurtamento 12 %; titoli; età lim. 50 a. al 20 ott.; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Sede Centrale, piazza Adriana, Casa Madre del Mutilato, Roma 33.

S. GIULIANO DEL SANNIO (*Campobasso*). — Scad. 31 dic.; L. 6000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

S. MANGO SUL CALORE (*Avellino*). — Scad. 10 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SANTA CRISTINA D'ASPROMONTE (*Reggio Cal.*). — Scad. 4 dic.; L. 6776 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2200 cavallo; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TORINO. *Municipio.* — Scad. 14 gen.; batteriologo Sottocapo della Divisione II del Servizio d'Igiene e Sanità; esami e titoli; programma e chiarimenti dal Municipio, Divisione IV, Personale.

UDINE *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico e assistente medico del Dispensario provinciale; stipendi L. 15.000 e L. 9000 lorde; titoli, con prevalenza di quelli di carriera su quelli scientifici generici; scad. ore 18 del 15 nov.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 ag. Chiedere bando.

VEDELAGO (*Treviso*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 oltre L. 2500 trasp.; età lim. 35 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Salvatore Citelli, ordinario di oto-rino-laringologia nella R. Università di Catania, è nominato cavaliere nell'Ordine della Legion d'Onore della Repubblica Francese.

Il prof. Luigi Rugani, libero docente nella Regia Università di Siena. è nominato grande ufficiale nell'ordine della Corona d'Italia.

Il dott. R. V. Fulton è nominato professore di chirurgia ortopedica alla Scuola di Medicina dell'Università di Virginia, quale successore del prof. Allen F. Voshell.

Il dott. G. M. Curtis ha lasciato il posto di professore di chirurgia (clinica chirurgica) alla Scuola per laureati della Divisione di Scienze Biologiche dell'Università di Chicago, per accettare lo stesso posto allo « Ohio State University College of Medicine » di Columbus.

Il dott. Angel H. Roffo è nominato professore onorario nella Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires.

Il prof. Eugenio A. Galli è nominato direttore della Scuola di Scienze mediche di La Plata.

Al dott. S. R. Lokrantz, direttore dei servizi sanitari delle Scuole pubbliche di Los Angeles, venne affidata la direzione sanitaria delle gare olimpioniche.

Il dott. H. Friedenwald, professore emerito di oftalmologia all'Università di Baltimora, è nominato dottore *honoris causa* in letteratura ebraica dallo « Jewish Institute of Religion » di New York.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Convegno di medici cattolici.

Con l'intervento di S. Em. Dalla Costa, Arcivescovo di Firenze, ha avuto luogo il giorno 16 ottobre c. m. in una sala del palazzo Pucci l'inaugurazione del « Convegno nazionale dei medici cattolici ». Anche il Santo Padre aveva inviato un suo messaggio di cui è stata data lettura dal presidente dell'ufficio Centrale. comm. Ciriaci, insieme alle molte altre adesioni pervenute. Dopo una breve allocuzione di S. Em. l'Arcivescovo, è stata svolta dal prof. Luigi Picchi la prima relazione sul tema « l'apostolato fra i medici » seguita con molto interesse e vivamente applaudita.

Il giorno successivo è stato commemorato il dott. Giuseppe Gotti e quindi si è avuta la seconda relazione su « la questione dell'aborto criminoso » svolta magistralmente dal prof. Agostino Gemelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Terza relazione è stata quella tenuta dal prof. Francesco Leoncini, direttore del nostro Istituto di Medicina Legale, sull'interessante argomento della « Procurata sterilità ». L'O. ha rilevato le provvidenze della nostra legislazione in rapporto a tutti quegli interventi che assumono appunto l'aspetto di manifestazioni delittuose, oltre ad essere in aperto contrasto con le leggi della natura e della morale cristiana, quando non siano specificamente dirette a salvaguardare la vita di un organismo malato. Sotto questo punto di vista si può dire che il Governo Fascista ha bene interpretato lo spirito e le leggi della morale cristiana con le severe disposizioni legislative ultimamente emanate.

Alla relazione del prof. Leoncini ha fatto seguito, dopo un'interessante discussione, un'altra relazione sui rapporti tra « Eugenica e morale cattolica » svolta dalla prof.ssa Giuseppina Pastore dell'Università del Sacro Cuore e infine un'altra sui « Doveri del medico cattolico nei riguardi del problema sessuale dei giovani » tenuta dal dott. Luigi Gedda di Torino.

Durante la serata, nell'Aula Magna della nostra Università, Padre Agostino Gemelli ha tenuta dinanzi a un foltissimo pubblico una conferenza su « I problemi dell'ora presente e la morale cattolica ».

Ultima applauditissima relazione è stata quella di mons. dott. Alberto Alberi su « La necessità di una preparazione teologica pastorale per il medico cattolico », che ha chiuso la serie delle relazioni all'ordine del giorno.

I lavori del Convegno, riassunti sinteticamente alla fine delle relazioni da Padre Gemelli, hanno avuto fine con un ordine del giorno presentato da Padre Pietro Lorgna e approvato per acclamazione, nel quale si fanno voti affinchè la Suprema Autorità della Chiesa voglia proclamare Alberto Magno, come Santo e come Scienziato, protettore dei cultori delle scienze sperimentali. In ultimo elevatissime parole ha pronunciato S. Em. l'Arcivescovo, dopo di che i congressisti si sono recati a visitare il Sanatorio antitubercolare di Pratolino e hanno preso parte ad un pranzo offerto a Bivigliano dalla Sezione fiorentina.

P. C.

NOTIZIE DIVERSE.

Anno X.

Il decennale del Regime segna una tappa nel poderoso sviluppo che è stato impresso all'Italia. Questa, fervida di opere organiche, incrollabile di volontà realizzatrice, dà oggi una visione di rendimento, di potenza e di bellezza.

Dell'intenso rinnovamento materiale e spirituale andiamo debitori al Duce ed al Fascismo.

* * *

L'irresistibile espansione dell'idea fascista ha avuto risultati meravigliosi anche nel campo igienico e sanitario, con lo sviluppo dell'educazione fisica, con l'incremento dell'alta cultura medica, con una imponente esecuzione di opere — dagli ospedali ai sanatori, dagli acquedotti ai risanamenti — molte delle quali si gloriano d'iniziare la loro attività nella ricorrenza annuale della Rivoluzione. (Delle principali tra esse daremo notizie scaglionate nei prossimi numeri).

Con legittimo orgoglio guardiamo al presente, fiduciosi nell'avvenire.

I congressi medici di Roma.

Il 38° Congresso della Società Italiana di medicina interna si è svolto nella Clinica medica. Ne iniziamo il resoconto in altra parte del fascicolo; qui ci limitiamo a pochi cenni riassuntivi.

All'inaugurazione intervenne il ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole; erano presenti altre autorità e molte personalità della medicina italiana.

Il sen. Maragliano, presidente della Società, esaltò l'opera del fascismo nel campo culturale e scientifico e mise in valore la dignità della clinica quale scienza. Il prof. Frugoni, presidente del comitato ordinatore, rilevò come il Governo fascista ponga al primissimo piano la medicina, di cui si è oggi pienamente riconosciuta l'importanza scientifica, morale e sociale; commemorò il prof. V. Ascoli; lumeggiò l'importanza dei lavori da compiere. S. Ecc. Ercole formulò un fervente augurio per il successo dei lavori del congresso dei medici, i quali tendono eminentemente a far aumentare il benessere e dare incremento alla potenza morale e materiale del popolo italiano.

I lavori si sono svolti secondo il programma prestabilito, salvo che il prof. Guido Izar non potè — pur troppo — fare la sua relazione, perchè rimasto ferito, per fortuna non gravemente, in un incidente automobilistico (all'insigne studioso vanno i fervidi auguri di tutta la famiglia medica italiana, per una pronta guarigione). La sua relazione venne riassunta magistralmente e discussa dal prof. M. Ascoli.

Il sen. Maragliano ha commemorato il prof. Pietro Boveri.

Le sedute in comune con la Società Italiana di Chirurgia riuscirono particolarmente interessanti.

Vennero fatte numerose comunicazioni; altre, semplicemente annunziate, figureranno negli Atti.

Alle cariche vacanti furono riconfermati i proff. P. Castellino, Boeri, D'Amato, A. Ferrannini.

Si è deciso che il congresso del 1933 avrà luogo a Pavia.

* * *

Il 39° Congresso della Società Italiana di chirurgia venne inaugurato il 20 ottobre, nella Sala della Biblioteca Medica al Policlinico Umberto I, con l'intervento del ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole, di altre personalità, di moltissimi clinici e patologi delle Università italiane. Il prof. Alessandri, ricordato come la Società festeggi il 50° anniversario della sua fondazione, documentò la copia dei contributi italiani alla chirurgia, che si sono imposti nell'ultimo decennio e che s'inquadrano nel vasto movimento innovatore della vita nazionale voluto ed attuato dal fascismo sotto la guida del Duce.

L'on. Ercole, con un elevato discorso, dichiarò aperto il Congresso.

Abbiamo già ricordato le sedute in comune con il Congresso di medicina interna.

Dei lavori pubblicheremo un resoconto nei prossimi numeri.

* * *

Nella Clinica chirurgica si è svolto anche l'11° Congresso italiano di urologia, con la partecipazione di un centinaio di studiosi e cultori della specialità. Erano, fra gli altri, presenti numerosi professori universitari e insigni personalità scientifiche di alcune nazioni estere, fra cui l'Austria, la Francia, gli Stati Uniti.

Daremo il resoconto dei lavori prossimamente.

* * *

L'8° Congresso dell'Associazione nazionale fascista per l'igiene si è tenuto dal 19 al 23 ottobre. L'inaugurazione ebbe luogo solennemente al Campidoglio, con l'intervento dei sottosegretari di Stato onorevoli Solmi e Postiglione, del direttore generale della Sanità pubblica dott. Basile, del vice-segretario del Partito prof. Marpicati, del questore del Senato prof. Simonetta, del segretario nazionale del Sindacato medico fascista on. Morelli, del Governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi, ecc. Dopo il saluto del Governatore pronunziò il discorso inaugurale il prof. De Blasi, presidente dell'Associazione, che ne illustrò i compiti: tener deste nel Paese le questioni d'igiene, compiere la propaganda, promuovere il perfezionamento dei presidî e dei congegni di difesa igienica. L'igiene va intesa non solo come difesa della salute, ma anche come irrobustimento dell'organismo ed a tale scopo il Regime tende con l'educazione fisica. L'oratore mise in rilievo il concorso che i medici possono offrire nell'assolvere i compiti dell'igiene. Aggiunse come all'addestramento del personale tecnico sarà destinato l'Istituto della Sanità pubblica, in via di fondazione. Il sottosegretario di Stato on. Solmi portò il consenso del Governo, il quale considera quale un cardine della propria azione civile il problema igienico.

I lavori si sono tenuti nei magnifici locali dell'Ufficio d'igiene del Governatorato. Si iniziarono con le commemorazioni di Pagliani, Sclavo e Gardenghi; il prof. Ilvento ne trasse occasione per formulare il voto che l'Istituto della sanità pubblica sia intitolato al Pagliani.

Le relazioni e non poche comunicazioni destarono l'interesse degli uditori.

È stato riconfermato l'attuale Direttorio. Al prof. De Blasi è stata offerta una medaglia d'oro.

Sono state portate alcune modifiche allo Sta

tuto, tra cui quella di convocare il Congresso ogni biennio.

Ebbero luogo varie visite, tra le quali quelle al Sanatorio di Porta Furba, al costruendo Istituto Mussolini, al Foro Mussolini, alle Paludi Pontine le quali vanno risorgendo sotto il potente impulso impresso alle bonifiche dal Fascismo.

Congressi medici francesi.

Durante la prima quindicina di ottobre si sono tenuti a Parigi numerosi congressi medici.

Al 22° Congresso francese di medicina interna ha destato speciale interesse una conferenza del presidente, F. Bezançon, sulla revisione del concetto di specificità morbosa.

Il 41° Congresso francese di chirurgia, presieduto da Leriche, venne caratterizzato dalla collaborazione medico-chirurgica in due relazioni, sulla chirurgia non traumatica del cuore e sul trattamento chirurgico delle malattie del sangue; ai lavori hanno partecipato numerosi cardiologi ed ematologi. Altra caratteristica: si è riusciti a preparare delle sedute operatorie di vivo interesse. Ha richiamato molto l'attenzione la narcosi rettale mediante avertina.

Al 31° Congresso francese di urologia, presieduto dal dott. Papin, questi mise in rilievo i progressi dei mezzi diagnostici; la relazione riguardò il trattamento del cancro della vescica.

Si è anche riunito il 14° congresso francese di ortopedia, sotto la presidenza di Froelich; v'intervennero molti specialisti dei paesi latini.

Al 1° Congresso francese di ginecologia hanno partecipato numerose notabilità mediche straniere e la seduta inaugurale venne presieduta da Recasens, di Madrid. I due temi scelti erano di viva attualità: rapporti tra ipofisi e ovaio, e diatermia ginecologica; le comunicazioni sono state molto numerose.

Il 3° Congresso francese di chirurgia riparatrice si è tenuto sotto la presidenza del dott. Dartigues; numerose comunicazioni attestano la vitalità della nuova specializzazione.

Al 7° Congresso francese di stomatologia convennero 80 stomatologi italiani; nella seduta inaugurale il presidente, dott. Bozo, ricordò la legge stomatologica italiana; questa venne lumeggiata dal prof. Arlotta nel banchetto sociale, cui intervenne il ministro dell'educazione nazionale.

L'Associazione Stomatologica Internazionale, presieduta dal prof. Szabò e di cui è segretario generale il prof. Storm, adunatasi pure a Parigi, ha inviato, al riguardo, un telegramma di plauso all'on. Mussolini.

21° Congresso tedesco di neurologia.

Si è tenuto a Wiesbaden negli ultimi di settembre e vi hanno partecipato, sotto la presidenza di O. Forster, molti dei maggiori neurologi dei paesi tedeschi: Nonne, Spielmeyer, Bumke, Goldstein, Pette, Mendel, Curschmann, ecc. ed alcuni stranieri. Vennero discussi tutti i problemi relativi alla cronassia; relatori Lew (Berlino), Bourguignon (Parigi), Altenburger (Breslavia), Stein (Heidelberg).

Convegno provinciale di medici del Dopolavoro.

Un primo Congresso provinciale dei medici dell'Opera Nazionale Dopolavoro ebbe luogo a Udine coll'intervento di un centinaio di sanitari comunali della provincia. È il primo del genere, come ha rilevato il Podestà, conte di Caporiacco, che ha porto a tutti un cordiale saluto. Dopo di lui parlarono il presidente dell'Opera e il medico provinciale dott. Baiardi.

Il dott. Accordini ha dato le direttive per l'attività sanitaria da svolgere in seno all'Opera. Sono stati trattati i temi: il medico scolastico, l'adenoidismo, l'Odontoiatria, lo sviluppo psichico, consultorio dell'infanzia in rapporto all'Opera Dopolavoro.

Scuole di perfezionamento a Roma.

Ci si comunica che la Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro, diretta dal prof. A. Busi, e quella di clinica pediatrica, diretta dal prof. L. Spolverini, riprenderanno i corsi rispettivamente nei giorni 14 novembre e 15 novembre; che per la Scuola di perfezionamento in dermosifilopatia, diretta dal prof. P. L. Spolverini, le iscrizioni si accettano fino al 30 dicembre. In tutt'e tre le Scuole i corsi sono della durata di un biennio. Tasse rispettive, complessivamente L. 2530, L. 2775 e L. 2605. Chiedere gli annunzi alla segreteria della R. Università di Roma, oppure alle Direzioni delle Scuole.

Corso di perfezionamento in oto-rino-laringologia a Torino.

Coll'inizio dell'anno scolastico 1932-33 si riapriranno presso l'Università di Torino le iscrizioni al corso di perfezionamento in otorinolaringologia. Il corso è triennale.

Per informazioni rivolgersi al prof. Malan, direttore della Clinica Otorinolaringologica, via Accademia Albertina n. 17, Torino.

Nel giornalismo medico.

Il fascicolo del 24 settembre del « Siglo Médico » è interamente dedicato al Congresso internazionale di oto-rino-laringologia, adunatosi a Madrid, è molto copiosamente e in parte briosamente illustrato.

Per una lotteria a favore degli ospedali inglesi.

Il Consiglio dell'Associazione degli Ospedali Britannici, adunatosi in seduta segreta sotto la presidenza di Sir Harold Pink, considerata la crisi gravissima che attraversano gli Ospedali dell'Inghilterra, molti dei quali minacciano la chiusura, dopo lunga discussione si è lasciato convincere ad accettare una proposta avanzata da un gruppo d'uomini d'affari di Londra per l'organizzazione di una lotteria, a condizione che le spese non sorpassino il 2 %; agli ospedali andrebbe il 25 % degli introiti. Poichè in Inghiilterra le lotterie sono interdette, l'organizzazione avverrebbe in un Paese del continente.

È noto che gli Ospedali inglesi sono in grande maggioranza sostenuti dalla beneficenza privata, la quale si è ora ridotta moltissimo, a causa del disagio economico generale. I Municipî e lo Stato hanno appena un servizio di consultazioni molto difettoso ed un sistema di ospedalizzazione attraverso « le Case di lavoro », molto più prossimo alla prigionia che all'assistenza medica. Da ciò il bisogno di provvedimenti d'eccezione.

Il sanatorio di Udine.

L'ospedale di Udine, che aveva riportato gravissimi danni dall'invasione nemica, come molte al-

tre istituzioni cittadine, potè risorgere rapidamente. Ma l'Amministrazione ospedaliera doveva pensare al completo rinnovamento edilizio e di attrezzamento dell'istituto, ormai impari agli aumentati bisogni. Così, per il concorde volere e con il concorso finanziario del Comune, della Provincia, della Cassa di Risparmio e dell'Amministrazione ospedaliera, si è addivenuti alla costituzione di un consorzio per la costruzione di un nuovo ospedale. Con munifico atto la Cassa di Risparmio di Udine subito provvedeva ad assicurare a proprie spese una vasta area di 35 ettari a nord della città in posizione saluberrima; S. M. il Re, con l'Augusta sua presenza, consacrava la posa della prima pietra della costruzione.

Essendo il problema più urgente quello per il ricovero dei malati di petto, il consorzio pensò alla sua risoluzione. L'opera fu subito eseguita e non resta che il lavoro di rifinitura interna ed arredamento dei servizi ed impianti. Il nuovo sanatorio consta di due padiglioni più vasti, per ammalati comuni, di un padiglione per dozzinanti e di uno per i servizi generali. Ciascuno dei padiglioni maggiori è a tre piani e può ospitare fino a 84 letti aumentabili a 138 qualora l'edificio venga ampliato, come da progetto generale. Il padiglione per dozzinanti è a 28 letti, con proprie sale da pranzo, salottini e terrazze. Tutte le infermerie sono provviste di segnalazioni luminose e tutti i reparti e servizi sono collegati dal telefono. Un moderno impianto radio a cuffie e diffusori offre ai malati possibilità di svago.

Il complesso dei fabbricati è circondato da una zona cintata di circa 5 ettari sistemata a giardino e largamente dotata di piante.

Le opere eseguite finora dal consorzio per il grande sanatorio, che è intitolato a Carlo Forlanini, e per i principali servizi generali, importano una spesa complessiva di circa L. 5 milioni e 800 mila.

Negli istituti ospedalieri di Livorno.

Allo scopo di contribuire ad alleviare la disoccupazione invernale, il Consiglio amministrativo dell'Ospedale « Costanzo Ciano » ha deliberato l'esecuzione di lavori di ampliamento dell'Ospedale stesso e del Sanatorio « Umberto I », per l'importo di un milione di lire. Il ministro delle comunicazioni on. Ciano ha telegrafato plaudendo alla provvida iniziativa ed elogiandola.

Un encomio al personale della C. R. I.

Al termine della manovra di difesa aerea della Capitale, cui la Croce Rossa Italiana partecipò brillantemente con la sua vasta ed efficace organizzazione, il presidente dell'Associazione, sen. Cremonesi ha diramato un ordine del giorno esprimente vivo encomio a tutto il personale — ufficiali, sottufficiali, infermiere e militi — che ha prestato la sua opera nell'esperimento.

Corso per infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

Sono aperte le iscrizioni per il corso delle infermiere volontarie, che avrà inizio nel prossimo novembre.

Per schiarimenti e per iscrizioni rivolgersi all'Ispettorato di Roma delle infermiere volontarie presso la sede centrale della Croce Rossa Italiana, via Sicilia 55.

Corso d'igiene per insegnanti elementari.

Presso l'Ufficio d'Igiene e Sanità del Governatorato di Roma è stato organizzato, a partire dal 3 novembre, un corso facoltativo d'igiene per insegnanti delle scuole elementari, autorizzato dal Ministero dell'Educazione Nazionale. Le lezioni saranno tenute dai proff. T. Gualdi e G. Palemba.

Morti tragiche di sanitari.

Si è spento improvvisamente, mentre stava visitando un malato, il prof. G. C. Ferrari, docente all'Università di Bologna. L'eminente psichiatra contava 65 anni e da circa dieci anni era direttore dell'Ospedale psichiatrico Roncati. Notissimo in Italia e all'Estero, il prof. Ferrari era autore di numerosi e pregevoli studi di psicologia sperimentale.

Il dott. Vincenzo D'Ambrosio, noto e stimato professionista di Portici, è morto al capezzale del figlio agonizzante, Italo, spirato poco dopo di appendicite. Il dott. D'Ambrosio aveva perduto, due anni or sono, gli altri due suoi figliuoli ed aveva concentrato i suoi affetti familiari sul terzo. Aveva preannunziato che non avrebbe resistito al suo nuovo immenso dolore.

Il dott. G. Soler Palmer, medico rurale di Orés (Saragozza), chiamato presso un'inferma, vi si recava col suo armadietto farmaceutico; dopo l'esame, allestì una pozione; siccome la paziente si mostrava riluttante a prenderla, egli volle dare il buon esempio e ne bevve un po': trascorsi alcuni minuti il medico si sentì male e subito stramazzò a terra come fulminato. La sciagura presumibilmente è dovuta ad uno scambio di medicinali.

A circa 72 anni, ma ancora di un'attività veramente giovanile, si è spento a Dresda il prof. CHRISTIAN GEORG SCHMORL, vittima di una setticemia consecutiva ad un'infezione chirurgica della mano.

Aveva fondato e dirigeva il « Friedrichstädter Krankenhaus » di quella città. Cultore appassionato dell'anatomia patologica, a lui dobbiamo molti contributi di grande valore, tra cui principalmente la pratica delle microsezioni e molti metodi di colorazione. Tra i suoi studi, hanno fatto epoca quelli relativi alla patologia ossea, in particolare dell'osteite fibrosa o deformante; da segnalare anche quelli relativi alla tubercolosi congenita, alla tubercolosi della placenta, alla tubercolosi polmonare (segno di Schmorl), allo scorbuto infantile, all'eclampsia, ecc.

Lascia alcune pubblicazioni a scopo didattico: il trattato di anatomia patologica e il manuale di tecnica anatomo-istologica ebbero numerose edizioni e traduzioni.

Recentemente egli aveva introdotto l'uso delle proiezioni cinematografiche per l'insegnamento dell'istologia.

Formò numerosi allievi, cui seppe infondere l'amore dello studio e della ricerca. A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 18 mag. — P. LEREBOULLET. L'acrodinia infantile.

Paris Méd., 21 mag. — Numero sulle malattie del fegato e del pancreas.

Revue de Chir., apr. — G. BACHY. Litiasi biliare.

Bruxelles-Méd., 22 mag. — R. ALESSANDRI. Patologia e trattam. dell'ulcera settica post-operatoria.

Ann. Faculd. de Med. (Montevideo), ott.-dic. — J. MONTEO PEREJA e A. URAGA. Omoritmia cardiorespiratoria in pericardite tbc. — A. AMARGÓS e E. FULQUET. Localizzaz. anormale del dolore in angina di petto.

Rif. Med., 14 mag. — L. CATTANEO. Encefaliti post-infettive. — A. MARINO. Febbre da bacillo columbensis.

Prensa Méd. Arg., 30 apr. — P. M. BARBARO. L'apparato cardio-vascolare e l'endocrinologia.

Münch. Med. Woch., 27 mag. — GUTMANN. La pressione del sangue nell'asma bronchiale. — K. FRIEDRICH. Dietetica e mal. infettive.

Journ. A. M. A., 14 mag. — J. W. HINTON. Dolore addominale da ipotiroidismo. — C. L. CLARK. Policitemie vere. — D. AYMAN. Cuore da mixedema.

Rev. Méd. da Barcelona, apr. — B. RODRIGUEZ ARIAS. Encefalomielite disseminata acuta familiare. — F. PALOMAR COLLADO. Rappresentaz. grafica delle modalità di riflessi pupillari.

Med. Klinik, 20 mag. — K. WALKO. L'ipertensione giovanile. — V. GORLITZER. Nuovo trattam. della tireotossicosi.

Med. Welt, 28 mag. — Numero di dermato-venereologia.

Deut. Med. Woch., 27 mag. — KATZ. Fame e appetito.

Bull. Ac. de Méd., 17 mag. — G. DELAMARE e C. GATTI. Enterite algida spirochetica — H. SOURMONT e R. BUTTIAUX. Doppia sonda duodenale.

Acc. Med, 15 mag. — N. PENDE. Correlazioni timo-pancreatiche e timo-epatiche.

Giorn. di Cl. Med., 20 mag. — F. DE BEULE. La stasi duodenale cronica. — V. BENNATI. Rapporti fra milza e midollo osseo.

Arch. per le Sc. Med., apr. — P. CROVERI e F. MARCOLONGO. Cisticercosi cerebrale.

Lancet, 28 mag. — H. GAINEBORONGH. Il morbo di Bright.

Paris Méd., 28 mag. — CLAPIER. Il rodanato di potassio nell'arteriosclerosi.

Revue de Méd., mag. — Numero sui reumatismi.

Ann. de l'Inst. Pasteur, mag. — L. COUVY e al. Il principio litico del bacillo pestoso. — A. GORIS e A LIOT. Il controllo del catgut.

Ind. Journ. Med. Res., apr. — B. P. B. NAIDU e R G. SATHE. Vaccinaz. antipestosa. — S. RANGANATHA. Ricerche sui calcoli. — R. N. CHOPRA. Azione farmacologica della berberina.

Ann. di Ost. e Gin., 30 apr. — P. NATALE. Il solfato di magnesio nella cura dell'eclampsia puerper.

Brit. Med. Journ., 28 mag. — J. ADAM. Note su 1500 casi di asma.

Diagnost. e Tecn. di Lab., 25 mar. — L. SANGUIGNO. Valore della reaz. di Davis per la diagn. dei tumori mal.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussioni su: fratture nella regione dell'anca, trattam. degli ascessi del polmone, trattam. delle suppuraz. del seno mascellare. - Casistica.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., giu. — M. SCHOCHSUWARLY. Sull'emoglobinuria parossistica.

Forze Sanit., 30 apr. — M. MESSINI. Sindromi ipoglicemiche spontanee. — V. MONALDI. Metabolismo proteico.

Giorn. It. di mal. esot. ecc., mag. — C. CASTRONUOVO. Forte alcaptonuria con ocronosi minima.

Marseille-Méd., 5 apr. — J. MONGES. Aerogastria

Rinasc. Med., 1 mag. — F. GALLI. Radiografia polmonare con lipiodol. — M. FRIZZIERO. Terapia delle anemie secondarie a malaria.

Sang, 6. — M. R. CASTEX e al. Emoglobinuria, anemia acuta e rigeneraz. eritroblastica. — VIADOS e al. Crisi emoclasiche.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 7 Novembre 1932 - XI Num. 45

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Infantile del "Bambino Gesù„ in Roma.
SEZ. CHIRURGIA.
Primario: Prof. A. L. BONANOME.

Su un caso di gangrena dell'arto inferiore da contusione dell'arteria poplitea.

Dott. EMANUELE SCAVO, assistente.

La contusione arteriosa costituisce un'evenienza non frequente. Un caso di gangrena dell'arto inferiore per rottura incompleta dell'arteria poplitea mi è sembrata una rarità degna di essere illustrata.

Le contusioni arteriose sono caratterizzate dal loro meccanismo di produzione più che dalla loro anatomia patologica; ma con qualunque meccanismo si produca la lesione, si ha un fatto costante: è sempre la tunica interna quella che cede per prima. Si descrivono tre gradi di contusione arteriosa.

1° *Contusione semplice*: sull'endotelio e nella tunica interna si producono piccole erosioni su cui si deposita un sottile trombo bianco. La riparazione dell'endotelio avviene in genere prima che il trombo abbia raggiunto un notevole volume, a meno che l'ulcerazione non sia mantenuta da un processo settico che vi si impianti. Il circolo non è turbato.

2° *Rottura incompleta*: nella tunica interna e nella media si producono lacerazioni, in genere, molto irregolari, longitudinali, trasversali, oblique, che possono estendersi a tutta o a una parte della circonferenza dell'arteria, ma sono sempre tanto profonde ed estese da permettere l'accartocciamento delle tuniche lacerate nel vaso, sì da costituire delle valvole, qualche volta sufficienti da sole a chiuderne il lume. L'accartocciamento delle tuniche interne può anche mancare specie nelle contusioni per schiacciamento, mentre (Picquet) è costante in quelle per strappamento. A livello della rottura, l'avventizia si contrae sì che l'arteria in quel punto prende l'aspetto di una clessidra. Conseguenza abituale del coartarsi delle tuniche interne rotte e della contrazione su di esse della tunica esterna, è l'obliterazione parziale del lume arterioso completata poi dalla formazione di un trombo che può limitarsi al seg-

mento vascolare leso o prolungarsi a gran distanza fino nei rami collaterali. Può la trombosi essere parziale cioè non obliterare completamente il lume arterioso ed esporre al distacco di piccoli emboli che vanno ad occludere le arterie sottostanti favorendo così lo sviluppo della gangrena. Una eventualità possibile ma di difficile dimostrazione è la continuazione della circolazione, la cicatrizzazione della tunica interna e la produzione secondaria di un aneurisma.

3° *Rottura completa*: l'avventizia stirata al disopra delle altre due tuniche si rompe a sua volta. Per l'aggrovigliamento delle tuniche può aversi l'ostruzione completa dell'arteria, ma più spesso essendo le lesioni molto irregolari, quest'emostasi spontanea prima o poi cede e si ha l'emorragia.

L'arteria più frequentemente colpita è la poplitea, vengono poi in ordine di frequenza la femorale, l'omerale, la tibiale anteriore, l'ascellare, l'iliaca primitiva, l'iliaca esterna, le carotidi. Non può non meravigliare questo primato della poplitea situata profondamente e ben protetta per buona parte del suo decorso dalla sporgenza dei condili femorali. Vi deve largamente contribuire la posizione a ridosso di un vasto piano osseo.

L'etiologia delle contusioni arteriose è varia Per lo più sono dovute o a traumi violenti (calcio di cavallo, caduta di corpi pesanti, schiacciamento da ingranaggi o ruote di vettura) per i quali l'arteria resta presa tra l'agente vulnerante e un piano osseo resistente, o sono la conseguenza di allungamenti e stiramenti vascolari. È ciò che si verifica nelle fratture, nei distacchi epifisari, nelle lussazioni, nelle distorsioni. Vi sono però casi in cui la lesione vascolare esiste e non può imputarsi nè a schiacciamento nè a strappamento. Eppinger ha sostenuto che la rottura delle tuniche interne può aversi per la sola influenza della pressione arteriosa nei grandi sforzi o nelle emozioni violente. Delbet ammette che una rottura incompleta della poplitea possa aversi col seguente meccanismo: durante un movimento di flessione forzata e volontaria della gamba sulla coscia, un brusco e violento sforzo porta un considerevole aumento della pressione arteriosa, l'onda sanguigna che va a battere con violenza contro l'ostacolo costituito dall'arteria appiattita per la flessione, la distende e ne rompe le due tuniche interne. Qualunque sia il meccanismo, il fenomeno che domina la fisiopatologia delle rotture arteriose è la gangrena che si verifica in altissima percentuale di casi, varia per diversi autori, ma che in media può considerarsi del 65-70 %. Non in tutte le arterie le rotture provocano la gangrena con la stessa facilità: nell'arto inferiore le rotture della poplitea hanno una prognosi molto più grave di quelle della femorale e nell'arto superiore le rotture dell'omerale possono guarire senza incidenti, mentre quelle dell'ascellare conducono quasi fatalmente alla gangrena.

Ad ogni modo la frequenza della gangrena viene dagli autori imputata alla formazione di un trombo che occluda anche i rami collaterali o prolungandosi direttamente in essi, o con emboli che se ne distaccano (trombo parziale). La trombosi però da sola non basta a spiegare tutti i casi di origine traumatica; bisogna considerare che alla rottura dell'arteria si accompagna una contusione più o meno grave delle parti molli che la ricoprono e che negli stessi rami collaterali possono aversi riflessi vasomotori di grande importanza nella patogenesi della gangrena. Per lesione del simpatico perivasale e paralisi dei vasodilatatori o piuttosto spasmo dei vasocostrittori, può stabilirsi uno stato di stupore per cui l'arteria per un tratto di parecchi centimetri diviene pallida, dura, non pulsante. Sono state classificate due forme di stupore arterioso: una lieve, transitoria e una più grave, duratura.

Dal Veau è stata ammessa una terza forma, con consecutiva obliterazione definitiva, che non è accolta da altri autori. È chiaro che, se tali spasmi segmentari si stabiliscono nei vasi collaterali, la formazione del circolo ne viene notevolmente ostacolata.

Le contusioni arteriose di I grado passano inosservate; quelle di II e di III grado si rivelano con sintomi rilevabili all'esame del punto traumatizzato (tumefazione, ecchimosi, dolore, ecc.) e sintomi di arresto circolatorio: scomparsa del polso nelle regioni sottostanti, pallore dell'arto e presenza di macchie cianotiche, lenta scomparsa delle zone di pallore ottenute colla digito-pressione, diminuzione della temperatura locale, formicolii, irradiazioni dolorose e più tardi crisi parossistiche con cui contrasta la insensibilità agli stimoli tattili e termici, paresi o paralisi ischemica.

Questi, che sono i primi segni della gangrena, compaiono in genere entro 24 ore; ma qualche volta persino dopo otto giorni. Lejars che ha molto insistito su questa obliterazione ritardata la spiega o con la formazione lenta di un coagulo in corrispondenza di una lesione arteriosa leggera, o con una trombosi progressiva di tutto un segmento vascolare.

Questi sintomi solo eccezionalmente regrediscono per il ristabilirsi del circolo, l'evoluzio-

ne in gangrena secca è la regola alla quale non è sfuggito il piccolo infermo che è venuto alla nostra osservazione.

Fel. Aldo, di 14 mesi; è ricoverato il 28-XII-31. Il padre racconta che sei giorni fa il bambino è caduto rotolando per 12 gradini; da allora non riesce a poggiare bene in terra l'arto inferiore sinistro; due notti dopo la caduta improvvisamente si è destato e ha cominciato a lamentarsi e salvo brevi periodi di sosta non ha cessato di dare segni di viva sofferenza, all'arto stesso.

Il padre afferma di essere affetto da lues congenita (?!) per cui ha eseguito un periodo di cure specifiche. La madre non ha mai avuto aborti. Non c'è parentela tra i genitori. Un fratello è vivente e sano. Madre sana; gravidanza normale. Il p. è nato a termine da parto fisiologico, ha avuto allattamento materno, è stato svezzato a 12 mesi. Dentizione normale.

A sei mesi ha avuto morbillo guarito in otto giorni. Dopo il 7° mese fino all'11° ha avuto periodi febbrili (38°,5-39°) della durata di uno o due giorni, non accompagnati da alcun fenomeno rilevante, interpretati dalla madre come dovuti all'eruzione dei denti e perciò trascurati. Da circa tre mesi è in perfetto benessere.

Esame obbiettivo. Condizioni generali di nutrizione buone (peso Kg. 9.500). Apiretico. Polso frequentissimo, ritmico, uguale, piccolo, ipoteso. Note rachitiche dello scheletro, fontanella anteriore aperta, depressa, non pulsante.

Modica cianosi delle labbra, non delle dita delle mani e del piede destro. Non dita a bacchetta di tamburo.

Pleiadi glandolari alle regioni cervicali e agli inguini Sopraepitrocleari assenti. Fauci arrossate. Lingua leggermente patinosa. Denti in rapporto all'età.

Torace: Segni di catarro bronchiale diffuso.

Cuore: non bozza precordiale. Punta alla VI costa poco all'esterno dell'emiclaveare, margine superiore sinistro a livello della III costa a un buon dito dal margine dello sterno. A destra deborda circa un dito. Angolo epato-cardiaco retto. All'ascoltazione ritmo frequente (165) che non permette un'esatta osservazione.

Addome: tumido, poco trattabile. Fegato di consistenza normale, liscio, indolente, bordo libero palpabile quasi all'ombellicale trasversa; in alto, nei confini normali.

Milza non aumentata di consistenza, palpabile circa un dito sotto l'arco; in alto, nei confini normali.

L'arto inferiore sinistro giace immobile sul piano del letto; la cute della gamba appare intensamente pallida e al termotatto si apprezza una notevole diminuzione della temperatura. Il piede è tumefatto, cianotico, con ecchimosi delle estremità delle dita e della regione plantare; abolita la sensibilità tattile, termica e dolorifica. Non si percepisce la pulsazione della pedidia nè della tibiale posteriore a livello del malleolo interno, mentre si apprezza nettamente il polso della femorale. Nell'angolo inferiore della losanga poplitea si palpa una tumefazione del volume di una noce avellana ricoperta da cute normale, di consistenza duro-elastica, a limiti indistinti, che non pulsa, non si espande, non si riduce, è sottoaponeurotica e sembra anche dolente. Non vi si ascoltano soffi.

Oltre i sintomi di arresto circolatorio nella gamba sinistra, colpisce la notevole dilatazione del cuore e l'enorme frequenza del polso; non è possibile però trarre deduzioni precise. Si pone la diagnosi generica di obliterazione dell'arteria poplitea di sinistra e si tiene in particolare considerazione l'ipotesi di una occlusione embolica di essa.

La possibilità di una embolectomia viene subito scartata date le condizioni dell'arto ed il tempo trascorso (almeno 4 giorni) dall'inizio della lesione e si trattiene il piccino in osservazione limitandosi alla prescrizione di poche gocce di coramina e di impacchi d'alcool sull'arto leso.

L'esame radioscopico del cuore praticato il 30-XII-1931 dimostra: ombra cardiaca notevolmente ingrandita debordante a destra, con accentuazione dell'arco medio e dell'arco inferiore sinistro.

La R. W. paterna e materna è stata negativa.

L'esame delle urine ha dimostrato traccie di albumina e nel sedimento qualche cilindro ialino-epiteliale.

Nel IV giorno di degenza l'azione cardiaca è meno concitata e permette di avvertire un ritmo di stenosi con lieve rumore presistolico. È insorta modica febbre che è poi continuata con carattere continuo remittente.

Si pratica l'esame oscillometrico degli arti inferiori che dimostra a sinistra oscillazioni di discreta ampiezza lungo tutta la coscia, nessuna oscillazione al di sotto del ginocchio.

Nei giorni seguenti si ha un notevole decadimento delle condizioni generali: disappetenza, dimagrimento rapido, secchezza della lingua, comparsa di esantema scarlattiniforme.

Le macchie cianotiche hanno invaso tutto il dorso del piede e guadagnano rapidamente il terzo inferiore della gamba che appare meno tumefatta. La sua circonferenza misurata al punto medio risulta un centimetro meno e la circonferenza della coscia di 2 cm. meno della circonferenza della coscia sana.

La cute di tutto l'arto è secca e di un colorito brunastro, sulla regione posteriore della coscia sono comparse vaste ulcerazioni torpide che tendono a confluire. La tumefazione che si palpava nella regione posteriore della gamba va facendosi sempre più indistinta nei suoi contorni. All'unione tra terzo inferiore e medio della gamba sembra delinearsi un alone di delimitazione. Non si percepisce più il polso della femorale e nasce il sospetto che la trombosi abbia invaso gran parte di essa. La prova di Moschowitz (modificata da Lejars) non ci ha dati risultati attendibili.

Un secondo esame oscillometrico praticato il 23-I-32 dimostra oscillazioni di piccola ampiezza lungo tutta la coscia. Dall'incertezza di questi rilievi clinici sono indotto ad esplorare meglio la vitalità dell'arto con una angiografia che pratico il 24-I.

Etero-narcosi. Incisione di circa 4 cm. lungo la linea operatoria dell'arteria femorale con punto medio a 5 cm. dall'arcata crurale. Si scopre l'arteria che è pulsante, si isola per via ottusa e con un ago di Cooper si passa al di sotto di essa un'ansa di filo a doppio che si recide per assicurare poi i due fili con pinze. Trasportato il pic-

colo paziente nel tavolo radiologico, con un ago innestato a una siringa mediante un tubo di gomma lungo 15 cm., si iniettano nel lume dell'arteria 8 cc. di Uroselectan B. Contemporaneamente vengono eseguite tre radiografie istantanee di tutto l'arto. Estratto l'ago non si osserva nulla di anormale a carico dell'arteria; si recidono i due lacci posti come misura di prudenza, e si riuniscono le parti molli con un sol piano di sutura.

FIG. 1.

FIG. 2.

L'esame dei tre radiogrammi non ha dimostrato iniezione vasale, ciò per varie ragioni:

1) non è stato applicato un laccio emostatico alla radice della coscia;

2) data l'età del soggetto ed il calibro relativamente piccolo dell'arteria, è stato usato un ago sottile che non ha permesso un'introduzione massiva;

3) l'iniezione è stata eseguita lentamente.

Da ciò deduco che la negatività della ricerca è dovuta alla scarsa quantità di liquido introdotto, alla scarsa rapidità dell'introduzione e probabilmente al fatto che nell'arto s'era già stabilita una circolazione collaterale così attiva da permettere una forte diluizione e una rapida scomparsa del mezzo opaco.

All'iniezione non è seguita nessuna reazione nè generale nè locale. L'esame di urina praticato il 26-I è stato negativo. Le condizioni generali sono andate migliorando nei giorni seguenti. Tutto il piede e il terzo inferiore della gamba sono ormai in gangrena secca (fig. 1) l'alone di demarcazione si è fatto ben netto; nella regione posteriore della gamba (terzo superiore) e della coscia (terzo inf. e medio) permangono le ulcerazioni che non mostrano nessuna tendenza a guarire e che farebbero dubitare dell'utilità di un'amputazione economica (fig. 2). Nella regione del poplite non si apprezza più alcuna tumefazione e ciò fa pensare ad un circolo attivo anche nei tessuti profondi, quindi seguendo il consiglio del prof. Bonanome decido di amputare immediatamente al di sopra dell'alone di demarcazione.

Operazione: 30-I-32. Etero-narcosi regolare. Amputazione della gamba sinistra al terzo medio con metodo circolare modificato con due incisioni laterali verticali. Le arterie tibiale anteriore, tibiale posteriore e peronea sanguinano debolmente.

Le superfici di sezione ossea sanguinano, così pure le parti molli. Tra i due lembi si lascia uno zaffo iodoformico e si mettono solo due grossi punti di accostamento.

FIG. 3.

Il decorso post-operatorio è stato ottimo: in V giornata il piccolo paziente è sfebbrato; le condizioni generali sono molto migliorate, la lingua è umida, è cessata la diarrea che era comparsa in I giornata, l'appetito è ricomparso. I due lembi del moncone si sono chiusi al disopra dello zaffo.

Il 20-II-32 il moncone è completamente cicatrizzato (fig 3). Le condizioni generali sono ottime; il bambino pesa kg. 10.

L'esame del cuore dà: non bozza precordiale, si palpa lievissimo fremito sistolico-presistolico in corrispondenza della punta che colla percussione si delimita al V spazio sull'emiclaveare. Sulla marginale destro dello sterno deborda circa 0,5 cm. All'ascoltazione ritmo pendolare, toni vibrati

Fig. 4.

ritmici. Il I tono alla punta e sul centrum è preceduto e accompagnato da lievissimo rumore di soffio che non si propaga verso l'ascella nè alla regione interscapolo-vertebrale di sinistra; II tono polmonare lievemente rinforzato. Tutto il resto dell'esame obbiettivo è negativo.

Il 30-II-32 a conferma dell'esame clinico è stato praticato un esame radioscopico e radiografico del cuore, che ha dato: ombra cardiaca adagiata con lievissima accentuazione dell'orecchietta e del ventricolo sinistro, non debordante. Punta rotondeggiante spinta un poco in alto e all'esterno.

Sul pezzo asportato ho eseguito un'angiografia mediante iniezione di olio iodato al 25 % nelle arterie tibiale anteriore, tibiale posteriore e peronea. Per l'interpretazione corretta delle lastre mi sono servito della radiografia stereoscopica, ad ogni modo anche i radiogrammi che riproduco (fig. 4 e 5), dimostrano la pervietà delle tre arterie e dell'arcata plantare (ben evidente specie nella proiezione laterale) mentre non è visibile nessun ramo collaterale.

L'esame istologico, praticato, per la cortesia dell'illustre prof. Perez, su vari pezzi prelevati dalla tibiale anteriore e dalla posteriore, non ha messo in evidenza lesioni delle pareti vasali.

La diagnosi posta all'ingresso del P. in Ospedale fu trombo-embolia dell'a. poplitea di s.: vi induceva: l'insorgenza brusca, il pallore che

Fig. 5.

aveva rapidamente invaso quasi tutta la gamba, la mancanza di polso all'a. pedidia e alla tibiale posteriore. le macchie cianotiche che avevano invaso il piede e stavano a indicare un processo ad evoluzione rapida. Nessuno però di questi segni può in genere considerarsi patognomonico dell'embolia; tanto meno nel caso in ispecie che veniva alla nostra osservazione dopo circa 4 giorni dall'inizio dei disturbi. Tutti i più recenti lavori affermano che l'embolia è la causa più rara delle obliterazioni arteriose periferiche e la sua diagnosi non può trovare fondamento se non nell'esistenza di una malattia emboligena. Nel nostro caso l'anamnesi era assolutamente muta sotto questo riguardo: nessuna malattia infettiva che potesse far sorgere il sospetto di una endocardite. Il morbillo di cui il bambino ammalò a

6 mesi guarì rapidamente senza infezioni secondarie. L'evoluzione in gangrena secca dimostrò poi che l'ipotesi di un embolo micotico era da scartarsi.

Eliminata, anche in considerazione dello stato di apiressia, l'endocardite, rimaneva a prendersi in esame la possibilità di un vizio congenito di cuore (persistenza del forame di Botallo) e di un embolismo paradosso. Questa ipotesi seducente, che è stata poi smentita dal rapido ripristino delle normali condizioni del cuore, trovava sostegno nella dilatazione notevole del cuore destro, nel disturbo evidente del piccolo circolo, nel ritmo pendolare frequentissimo e nella infondatezza stessa del sospetto di una endocardite pregressa o in atto. Volendosi fermare al concetto dell'embolia, rimaneva da spiegare la genesi della tumefazione che si palpava nella regione del poplite e che era comparsa in seguito al trauma. Se la causa prima dell'occlusione della poplitea fosse stato un embolo, non avremmo dovuto trovare nessuna alterazione a carico dei tessuti periarteriosi. Invece quella tumefazione poteva attestare o un ematoma comunicante con l'arteria poplitea (aneurisma falso) o un'infiltrazione sanguigna per lacerazione di piccoli vasi. L'ematoma comunicante poteva scartarsi sia perchè di piccolo volume, sia perchè mancavano i caratteri della pulsazione, dell'espansione, della parziale riducibilità e i caratteri fisici di una raccolta ematica; i rilievi obbiettivi erano invece propri di una infiltrazione sanguigna e il dato anamnestico di una impotenza funzionale comparsa subito dopo il trauma bene si accordava con l'ipotesi di una contusione profonda che determinava dolore.

Ammettendo l'infiltrazione ematica perivasale indipendentemente da una rottura completa dell'arteria, si poteva pensare che la contusione stessa poteva aver prodotto una rottura incompleta della poplitea, di cui, la formazione di un trombo aveva dopo due giorni determinata l'occlusione. Tutto il quadro veniva così ad essere messo nella sua giusta luce: ben chiara diventava la insorgenza apparentemente brusca del disturbo circolatorio e la successione dei sintomi. La dilatazione del cuore, la ipotensione, la frequenza del polso, meglio che ad un vizio organico potevano essere attribuite a transitori disturbi del piccolo circolo.

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione della contusione, non è possibile dire nulla di preciso.

Il P. è rotolato per 12 gradini: ci troviamo dinanzi a un trauma tale che tutti e tre i meccanismi sopra accennati potrebbero essere intervenuti. L'aumento brusco della pressione potrebbe spiegarsi oltre che con uno sforzo compiuto nei tentativi di sorreggersi, collo spavento.

Stabilita così in una trombosi traumatica la causa dell'occlusione, restava da determinare il punto in cui tale trombosi era avvenuta e fino a che altezza era estesa.

L'arteria poplitea nel suo percorso dall'anello del III adduttore all'anello del solco emette 7 rami collaterali.

1) Le due arterie del gastrocnemio (una mediale e una laterale).

2) Le due arterie articolari superiori che si distaccano immediatamente al disopra dei condili del femore e che si anastomizzano da una parte colle arterie articolari inferiori e dall'altra con l'arteria suprema del ginocchio.

3) L'art. articolare media che si distribuisce solo all'articolazione del ginocchio.

4) Le due articolari inferiori che si staccano un po' al di sotto dell'interlinea articolare e vanno ad anastomizzarsi ampiamente nella faccia anteriore del ginocchio con le articolari superiori.

A questa rete formata dalle arterie articolari e dalla suprema del ginocchio convergono altri rami provenienti dall'a. ricorrente tibiale anteriore, dalla ricorrente tibiale posteriore, dalla ricorrente fibulare (rami della tibiale anteriore) e dalla ricorrente tibiale interna (tronco tibio peroneo).

È attraverso questa vasta rete articolare che si ristabilisce il circolo collaterale nelle obliterazioni dell'arteria poplitea. Se l'ostacolo al corso del sangue ha sede nel tratto superiore dell'arteria al disopra cioè dell'emergenza delle articolari superiori il circolo si ristabilisce facilmente attraverso la grande anastomotica e le articolari superiori. Se l'obliterazione è situata a valle delle articolari inferiori il ripristino del circolo diventa molto difficile ed è presso che impossibile quando si trova a monte di esse; poichè non restano allora per la circolazione collaterale che le ricorrenti tibiali anteriore e posteriore, la ricorrente fibulare e la ricorrente interna.

Nel nostro caso la tumefazione che si palpava al di sotto dell'interlinea articolare indicava con molta approssimazione il punto in cui doveva essersi iniziata la formazione del trombo. L'evoluzione rapida in una gangrena che aveva guadagnato il terzo inferiore della gamba, mentre lungo la coscia si stabilivano gravi disturbi trofici, faceva pensare che il coa-

gulo doveva essersi accresciuto a valle molto al di sopra delle articolari superiori, ma non era possibile stabilire con l'osservazione clinica se avesse o no raggiunto la femorale profonda.

Volendosi riferire al vecchio schema di Rocher: una gangrena del piede e del terzo inferiore della gamba indica una obliterazione della femorale al di sotto della femorale profonda, mentre si arresta al ginocchio se anche questa è obliterata.

Lo schema di Rocher si basa sullo studio anatomico delle vie anastomotiche collaterali e non tiene conto dello stato di sviluppo delle collaterali stesse e delle arterie terminali; non è dunque applicabile a tutte le gangrene dovute proprio a lesioni endoarteritiche delle arteriole collaterali o a quelle dovute a una lesione endoarteritica di vecchia data, in cui il circolo collaterale è molto sviluppato. Lewis studiando radiologicamente il circolo collaterale degli arti amputati per gangrena trovò che è molto sviluppato nei casi dovuti a lesioni endoarteritiche di vecchia data, mentre è scarsamente sviluppato in quei casi in cui una trombosi ascendente occlude completamente il lume vasale.

Nella gangrena di origine trombotica, dunque, in cui i rami collaterali non sono nè alterati nè lentamente adottati alle nuove improvvise esigenze, lo schema di Rocher può servire bene di guida per dedurre dall'estesione della parte gangrenata il livello dell'obliterazione arteriosa. Per queste considerazioni abbiamo ammesso che la trombosi nel nostro caso aveva invaso gran parte dell'arteria femorale al di sotto della femorale profonda. L'amputazione operata al limite cutaneo della demarcazione e seguita da rapida cicatrizzazione, ha confermato l'esattezza delle nostre deduzioni.

RIASSUNTO.

L'A. riassume l'etiologia e l'anatomia patologica delle contusioni arteriose. Descrive un caso di gangrena della gamba, per contusione dell'arteria poplitea, in un bambino di 14 mesi. Ha studiato il caso con una angiografia; mette in evidenza che se questa ricerca non è eseguita con iniezioni massive e rapide riesce negativa.

BIBLIOGRAFIA.

P. STRICHER et F. ORBAN. *Recerches expérimentales sur la thrombose artérielle*. Journal de Chirurgie, n. 5, nov. 1930.

R. LEIBOVICI. *Etude chirurgical des gangrènes juvéniles*. G Doin, 1928.

P. DELBET e P. MOCQUOT. *Affections chirurgicales des artères*. Bailliere, 1911.

L. LANGERON. *Les oblitérations artérielles des membres*. G. Doin, 1930.

G. SCALA. *Le gangrene delle estremità*. Arch. e Atti Soc. Ital. Chirurgia, 1929.

A. CIMINATA. *La gangrena spontanea degli arti*. Ibid., 1929.

P. LECÈNE. *Compendio di Patologia Chirurgica*. F. Vallardi, 1924.

L. TESTUT et O. JACOB. *Trattato di anatomia umana topografica*. U.T.E.T., 1922.

VANZETTI. *Alterazioni locali della circolazione*, in *Trattato di An. Pat.* del prof. P. FOÀ.

R. VERSARI. *Angiologia: Trattato di Anatomia Umana*. F. Vallardi, 1924.

H. VACQUEZ. *Malattie di cuore*. U.T.E.T., 1929.

F. VALAGUSSA. *Consultazioni di Clinica e Terapia Infantile*, 1932.

TECNICA.

Reattivo per la ricerca microchimica dell'acetone.

Dott. FRANCESCO LETI.

Credo che la Chimico-Clinica dell'avvenire si baserà prevalentemente, se non addirittura esclusivamente su ricerche Microchimiche, che presentano il duplice vantaggio, rispetto alle determinazioni macrochimiche, di un minor consumo di materiale e di un minor consumo dei reagenti, senza considerare poi la maggior pulitezza ed eleganza della tecnica.

Verrà un giorno in cui un'analisi completa delle urine potrà farsi con poche goccie soltanto di urina, laddove oggi per eseguire una analisi completa di urina con gli attuali conosciuti metodi di ricerca macrochimica, non sempre bastano 200 cmc. di materiale.

Dopo il mio studio sulla ricerca microchimica e termogenica del glucosio (vedere « Policlinico » Sez. Pratica, anno 1931) a mezzo di un reattivo che permette di determinare la presenza del glucosio nelle urine con una goccia soltanto di urina, senza che sia necessario il riscaldamento esterno, perchè il reattivo stesso sviluppa da sè il necessario calore, nell'istante stesso che si determina il contatto tra il reattivo e la goccia di urina in esame, pensai di trovare un reattivo per la ricerca microchimica dell'acetone, con cui fosse possibile di stabilire la presenza o meno dell'acetone con una goccia soltanto di materiale.

Proporsi un problema nella maggior parte dei casi è quasi come risolverlo.

Col mio reattivo (1) basta una sola goccia

(1) Sistema e procedimento brevettati: Ministero Corporazioni, Ufficio Proprietà Intellettuale.

di urina per stabilire la presenza o l'assenza dell'acetone.

Ed ecco come tale reattivo deve prepararsi: si debbono pestare dentro un mortaio grammi 4 di nitroprussiato sodico fino ad ottenere una polvere assai suddivisa, anzi impalpabile. Quindi nel mortaio stesso debbonsi pestare gr. 10 di idrato sodico (si preferisca l'idrato sodico a scaglie, più facilmente polverizzabile, di preferenza all'idrato sodico in bacchette o in goccie, di più difficile polverizzazione), in modo da formare uua miscela assai omogenea, fra l'idrato sodico polverizzato e il nitroprussiato sodico in polvere.

Ciò fatto il reattivo è pronto. Ha un colore giallo. È molto igroscopico, e va immediatamente chiuso in recipienti di vetro a tappo di sughero paraffinato, onde preservarlo dall'azione atmosferica.

Nel momento della ricerca se ne versa un grammo circa sopra un vetrino, o sopra una mattonella di porcellana, oppure, in mancanza di meglio, sopra un fondo di bicchiere capovolto, e quindi si ometta con una goccia, o al massimo due di urina; ma una goccia è già sufficiente.

Se l'urina non contiene acetone, la polvere attraverso una fuggevole colorazione rossa, vira subito in un giallo canario persistente; se invece è presente l'acetone, il reattivo in una frazione di secondo vira ad un rosso vinoso intenso, che in breve tempo imbrunisce.

La reazione è certa e precisa, e dà una sensibilità del 0,25 per mille.

Ritengo che questo reattivo possa essere molto utile per tutte quelle ricerche in cui il materiale di ricerca difetta; ciò che accade così spesso nelle urine dei bambini che vanno tanto frequentemente soggetti ad acetonurie.

Roma, settembre 1932-X.

RIASSUNTO.

L'Autore consiglia un suo reattivo solido per la ricerca microchimica dell'acetone (utile specialmente nei casi in cui il materiale di analisi difetti) il quale si ottiene polverizzando il nitroprussiato sodico e la soda caustica, e mescolando nei seguenti rapporti: Nitroprussiato sodico in polvere circa gr. 4; soda caustica in polvere circa gr. 10.

Il reattivo essendo fortemente igroscopico va tenuto al riparo dall'azione dell'aria e della umidità, e va chiuso in recipienti a tappo paraffinato.

SUNTI E RASSEGNE.

IPOFISI.

La secrezione interna dell'ipofisi.

(J. E. PAILLAS. *Gaz. d .Hôp.*, nn. 31-33, 1932).

L'A. premette alcune considerazioni riguardanti l'anatomia e l'embriologia, l'ormone e il suo determinismo, i mezzi di studio. Dal lato anatomico bisogna ricordare i rapporti che l'ipofisi contrae con l'infundibulo-tuber al quale è riallacciata mediante il peduncolo pituitario; dal punto di vista embriologico è da notare che la pars anterior e la pars intermedia (tasca di Rathke ectodermica) si differenziano dal lobo posteriore (entoderma nervoso). Infine bisogna ricordare la frequente persistenza di glandole accessorie sul tragitto embrionario del prolungamento faringeo attraverso la parete cranica. Mentre il lobo nervoso degli esseri inferiori è enorme e l'espansione faringea è linguiforme (teleostei), nei mammiferi quest'ultima aumenta di volume a misura che si precisa la funzione glandolare. Le due parti del complesso si intrecciano sempre più, tanto che la dissezione del lobo posteriore diviene impossibile: questo non si può scindere dalla pars intermedia, sicchè nei mammiferi il lobo posteriore sperimentale o opoterapico comprenderà sempre pars nervosa e pars intermedia e vedremo più avanti che quest'ultima è attiva solo se associata all'altra. La glandola pesa in media nell'uomo 56 centgr. di cui il 72/100 riguarda la pars anterior e raggiungendo essa il suo peso massimo già al 2° mese della vita intrauterina, è allora già possibile la funzione morfogenetica. Il peso è essenzialmente in rapporto colla statura del soggetto.

Dal *lobo anteriore* dipendono due formazioni: 1) la pars tuberalis che è formata di ammassi cellulari basofili tra i quali si notano dei nidi cellulari, le cellule di Gemelli che posseggono un estremo attorno al quale si espandono delle fibre nervose. Si ha qui un doppio intreccio, vascolare e neuro-ipofisario e per questa disposizione istologica si hanno lesioni del tuber nell'ipofisiectomia; 2) la pars intermedia costituita da quella parte del lobo anteriore che a contatto col lobo nervoso si è metamorfosizzata. Le cellule secernenti sono piccole, basofile con fini granulazioni che penetrano nel lobo nervoso con bottoni filiformi, i festoni di Soyer.

Il lobo posteriore (pars nervosa) è formato di tessuto nervoso ridotto ai soli elementi nevroglici: fibre, cellule rare con pigmento melanico.

Secrezione. Oltre agli elementi cellulari e vascolari si osserva, distribuita in granuli nell'interno del protoplasma e negli spazi intercellulari, una sostanza ialina, la sostanza *col-*

loide ipofisaria che abbonda nella pars intermedia e nella pars tuberalis, mentre è in quantità tenue nel lobo nervoso. Le vie di diffusione del colloide sono il sangue, il liquido cefalo-rachidiano, la sostanza nervosa del peduncolo pituitario, sicchè si debbono considerare tre processi: l'emocrinia, l'escrezione idroencefalica, la neurocrinia. Non è sicuramente stabilito se la sostanza colloide ipofisaria rappresenti un vero e proprio ormone, ma certamente essa ha una parte considerevole nel determinismo ormonico potendosi considerare come un *substratum* del prodotto ormonico.

I mezzi di studio. — L'esplorazione fisiologica di ogni glandola endocrina comprende l'istologia, l'analisi chimica, l'esperimento, i fatti clinici. Abbiamo già trattato dell'organizzazione tissulare e cellulare, passiamo ora a considerare gli altri metodi.

Esperimento. Due principii lo dirigono: constatare nell'organismo gli effetti dovuti alla soppressione, o invece i risultati sia di un esuberante apporto di ormoni ipofisarii in un soggetto normale, sia di un apporto normale in un soggetto carenzato. La maggior parte delle esperienze sono state eseguite su piccoli mammiferi (cane, cavia, gatto, coniglio) e sui batraci (rana, rospo).

Praticamente si interviene chirurgicamente sulla glandola in parte o in totalità. L'operazione consiste nell'ablazione, distruzione, sezione. Cinque vie permettono di raggiungere l'ipofisi: la palatina, la laterale, la frontale, la transfenoidale, la transcerebrale. Recentemente sono state indicate due operazioni nuove: la via orbitaria nel piccione (Ogata e Nishimura) e la decerebrazione parziale nel coniglio (Fee e Parks). Il processo di scelta è l'intervento sulla glandola dopo trapanazione per via temporale (Cushing), palatina (Camus e Roussa), frontale (Dandy).

Per correggere i disturbi all'ipofisiectomia o per ottenere l'iperpituitarismo sperimentale si adoperano due mezzi: gli innesti e l'opoterapia. Riguardo agli innesti, il metodo più efficace si è dimostrato quello dei trapianti quotidiani (Smith): ogni giorno si trapianta un po' di sostanza ipofisaria in un tessuto muscolare qualsiasi, p. es. quello della coscia. Per quanto concerne l'opoterapia, l'ingestione di glandola fresca e di estratti secchi non dà nei mammiferi risultati concordanti: la via parenterale dà risultati migliori.

Studio chimico. — Estratti del lobo anteriore: 1) sospensione preipofisaria di Evans ottenuta per idrolisi alcalina: possiede azione stimolante l'accrescimento e inibitrice sull'ovulazione; 2) la tetelina (Robertson): estratto alcoolico ad azione somatotropa; 3) il Prolan A e il Prolan B (Zondek e Aschheim): estratto idrosolubile ad azione genitale; 4) un prodotto acetone e liposolubile (Brouha e Simonnet), estratto anch'esso ad azione gonadotropa.

Estratti del lobo posteriore. Rammentiamo che l'ipofisi posteriore fisiologica è differente dall'anatomica in quanto gli estratti di lobo posteriore devono la loro efficacia alla pars intermedia. L'estratto standard universalmente adoperato è la polvere detta di Voetglin; mezzo milligrammo di questa polvere contiene un'unità ocitocica e un'unità ipertensiva ad un tempo. Kanun e Aldrich hanno nettamente separato i due principî, isolando un estratto ocitocico: l'ipofamina α e un estratto tensivo: l'ipofamina β; questi due prodotti sono anche chiamati ocitocina e vasopressina.

L'A. passa quindi a considerare le

FUNZIONI DELL'IPOFISI.

Ricordiamo anzitutto la questione ormai storica dell'ipofisi, glandola indispensabile alla vita. Se Paulesco aveva sostenuto che un cane non sopravviveva oltre 24 h. all'ipofisiectomia, le esperienze di Horsley e Handelsmann, di Camus e Roussy han dimostrato che l'ablazione dell'ipofisi, *se non si produce lesione del tuber*, è compatibile con una sopravvivenza indefinita. Dalle recenti esperienze di Swend Felding risulta che la distruzione dell'infundibulo porta sempre la morte dopo una fase di apatia, di sonnolenza, di coma. Secondo queste concezioni la malattia di Simmonds o cachessia ipofiseopriva non dovrebbe più essere riferita ad una lesione ipofisaria.

I. *La funzione di crescenza.* — Dopo le fondamentali osservazioni cliniche di P. Marie (1885) con cui si stabilirono i rapporti dell'ipofisi coll'accrescimento, le esperienze sono state condotte sia nel senso dell'apituitarismo che in quello dell'iperpituitarismo. Si possono dedurre le seguenti conclusioni: *a*) la presenza del lobo anteriore è indispensabile per assicurare l'accrescimento normale dell'individuo; *b*) l'ormone specifico preipofisario sembra agire elettivamente sulle cartilagini di coniugazione se l'animale è giovane, realizzando sperimentalmente il gigantismo e dopo la scomparsa di quelle cartilagini quando l'animale è adulto, sulla totalità dell'osso, sopratutto sulle estremità, realizzando l'acromegalia sperimentale. In quanto all'origine dell'ormone, lo studio dell'acromegalia e del gigantismo in cui l'adenoma è sempre eosinofilo, ci porta ad ammettere la possibilità che l'ormone di crescenza sia secreto dalle cellule eosinofile.

II. *La funzione sessuale.* — Dopo i lavori fondamentali di Zondek e Aschheim, questa funzione è attualmente diventata la più importante forse delle funzioni ipofisarie.

A - Apituitarismo. — L'ablazione praticata in un animale impubere (essa deve interessare

almeno i due terzi dell'organo) maschio o femmina, apporta l'arresto dello sviluppo e l'infantilismo di tutto il tratto genitale, si ha assenza di caratteri sessuali secondarii e dell'ovulazione o della spermatogenesi; un maschio adulto normale diviene impotente e infecondo, mentre regrediscono i suoi organi genitali. Nella femmina adulta normale si osserva regressione del sistema genitale organica e funzionale e la degenerazione uterina è più intensa di quella che segue alla semplice castrazione, sicchè l'azione pituitaria è almeno in parte specifica. Una femmina gravida abortisce nei tre giorni successivi all'intervento e l'involuzione uterina è più lenta di quanto avviene normalmente.

B - Iperpituitarismo. — Per correggere i disturbi dovuti all'ipofisiectomia, i migliori risultati (risveglio dell'attività genitale nel giovane, restitutio ad integrum degli organi genitali nell'adulto) si hanno coi trapianti. Per ottenere l'iperpituitarismo nell'animale non ipofisectomizzato si adopera anche il metodo dei trapianti. Con ciò la pubertà è accelerata nel giovane; è da notarsi che il maschio impubere risponde più tardivamente della femmina (Voss e Loeve). Nella femmina adulta normale le ovaie triplicano di volume e di peso, vi è superovulazione, maggiore rapidità dell'estro. Nelle femmine gravide i trapianti pre-ipofisarî determinano la ripresa dell'attività ovarica. Secondo Brouha e Simonnet essi possono provocare nella femmina gravida: annidamento dell'uovo, formazione di follicoli luteinizzanti, maturazione di follicoli con ovulazione normale e formazione di corpi lutei senza interruzione della gravidanza, l'aborto se la gravidanza è ancora poco avanzata (e le dosi sufficienti), il prolungamento della gestazione al di là del termine normale. Nella femmina in menopausa si ha risveglio dell'attività sessuale, mentre in quella castrata il trattamento anche praticato a lungo, non dà luogo ad alcuna modificazione genitale.

La sospensione acquosa di pre-ipofisi di Evans se da una parte stimola l'accrescimento, dall'altra inibisce l'ovulazione.

L'estratto idrosolubile secondo Zondek e Aschheim riproduce in modo completo l'azione dei trapianti pre-ipofisarii.

Mentre questi due preparati agiscono su animali non castrati, l'estratto lipo-solubile di Brouha e Simonnet invece provoca lo sviluppo genitale e l'evoluzione dell'estro negli animali impuberi e adulti castrati, effetti analoghi a quelli che produce il follicolo.

Studio sintetico degli ormoni genitali dell'ipofisi. — Se è semplice concepire il rapporto testicolo-ipofisi, l'uno essendo il motore sessuale dell'altro, più complesso è il modo di azione dell'ipofisi rispetto all'ovaio, poichè qui il fenomeno genitale è duplice, ad una fase follicolare succede una fase luteinica. Due teorie sono state prospettate per quanto riguarda il ciclo ovarico, la teoria dell'unità e quella della dualità ormonica. Se l'ormone è unico, si prospettano due possibilità: se si ammette che l'ipofisi sia sola in causa, bisogna invocare delle variazioni di quantità o di concentrazione ormonica. La spiegazione è invece più semplice se si ammettono non delle variazioni di secrezione ipofisaria, ma delle variazioni di recettività ovarica. In questo caso si pone il problema dell'esistenza di una fase refrattaria dell'ovaio in cui durante il periodo compreso fra un certo grado di sviluppo follicolare e la fine della fase luteinica, l'ovaio non risponde allo stimolo ipofisario con una nuova ovulazione.

Colla teoria della *dualità ormonica* Zondek e Aschheim ammettono l'esistenza di un primo ormone di maturazione follicolare e di secrezione di follicolina (*Prolan A*) e di un secondo ormone di formazione del corpo luteo e di secrezione luteinica (*Prolan B*). Il Prolan A si trova presente solo nelle urine di femmina ovariectomizzata o affetta da cancro genitale, il Prolan B nelle urine di femmina gravida.

Mentre questi due ormoni agiscono indirettamente sul tratto genitale attraverso le glandole sessuali, Brouha e Simonnet han creduto di mettere in evidenza un'ormone detto « follicoloide » ad azione diretta.

In quanto all'origine dell'ormone l'ipotesi attualmente più plausibile è quella dell'*origine basofila* (Smith), proverrebbe cioè dalle cellule basofile del lobo anteriore.

III. *Le funzioni metaboliche.* — A - Metabolismo dei glucidi. — L'ufficio dell'ipofisi nella glico-regolazione è dimostrata da tre ordini di argomenti: clinici, sperimentali e farmaco dinamici.

Fatti clinici. - P. Marie segnalò la frequenza di glicosuria nell'acromegalia e Loeb la coincidenza di tumori dell'ipofisi e di glicosuria. Le più recenti ricerche della scuola di Cushing mettono in evidenza l'importanza degli adenomi a cellule cromofile del lobo anteriore nel determinismo della glicosuria ipofisaria, mentre i tumori a cellule cromofobe che non si accompagnano ad iperpituitarismo anteriore non danno glicosuria. Questo diabete ipofisario non è insulino resistente come tendevano a comprovare esperienze di Ulrich e Falla, ma viene nettamente migliorato dall'insulina (M. Labbé).

Fatti sperimentali. - All'ipofisiectomia segue ipoglicemia, all'innesto di lobo anter. normale segue iperglicemia.

Fatti farmaco-dinamici. — Sia l'iniez. dell'estratto totale che di estratti di lobo anteriore producono glicosuria. Gli estratti retropituitarii sono iperglicemizzanti. L'ipoglicemia insulinica non si produce se si inietta contemporaneamente retropituitrina.

Accanto quindi al classico diabete tuberale si deve oggi ammettere una glicosuria ipofisaria.

B - *Metabolismo dell'acqua.* — Se è ormai acquisito che i centri del metabolismo dell'acqua risiedono nell'infundibulo-tuber, d'altra parte alcune prove cliniche e specialmente farmaco-dinamiche fan riferire alla glandola una certa parte nella regolazione acquosa.

Gli argomenti farmaco-dinamici sembrano i più importanti.

Mentre l'estratto del lobo anteriore è inattivo, gli estratti post-ipofisarî (in cui è sempre contenuta la pars intermedia) invece hanno un'azione inibitrice tissulare e un'*azione antidiuretica,* la quale ultima è ben riconosciuta nei casi di diabete insipido in cui viene ad avere un vero valore opoterapico.

Con quale meccanismo agiscono gli estratti retropituitarî? La teoria più recente a questo riguardo è quella dell'idrofobia tissulare (M. Labbé e a.), conseguenza dell'ipofunzione ipofisaria.

La funzione dell'ipofisi nel metabolismo dell'acqua si concepisce meglio ammettendo una *sinergia ipofiso-tuberale* (Pende). Il peduncolo pituitario, formato di fibre di Remak, appare come un vero nervo simpatico che conduce l'influsso o l'ormone dal lobo intermedio al tuber. Recenti ricerche tendono a comprovare che esiste una vera azione suppletiva tra la glandola e i centri nervosi, venendosi così a confermare la teoria dell'« apparato unico » (Vergara).

C - *Metabolismo dei lipidi.* — L'importanza dell'ipofisi nel metabolismo dei lipidi è andata diminuendo da quando numerose esperienze e osservazioni cliniche han dimostrato che la regione infundibolo-tuberale soltanto presiede al metabolismo dei grassi.

D - *Metabolismo basale e azione dinamica specifica.* — Soltanto il *lobo anteriore* avrebbe un'azione eccitante sul metabolismo basale. L'ipofisectomia fa diminuire l'azione dinamica-specifica delle albumine, mentre i trapianti o gli estratti di lobo anteriore la fanno aumentare.

IV. *Azione circolatoria e sulle fibre liscie.* — L'esperimento farmacodinamico ha messo in evidenza delle proprietà devolute agli estratti del lobo posteriore: 1) Sulle fibre liscie: *a*) azione ocitocica (che si mette in evidenza con il dispositivo sperimentale di Dale); *b*) azione costrittiva sui bronchi, e sul tubo digerente, sulla vescicola biliare, riferita dai più alla presenza di istamina; *c*) azione melanoforica.

2) Sull'appar. circolatorio: Gli estratti di post-ipofisi hanno azione ipertensiva. Nella reazione ipertensiva si integrano un effetto cardiaco (bradicardia), un effetto arterioso (ipertensione carotidea), uno venoso (ipertensione periferica con ipotensione portale), infine una costrizione dei capillari. Alcune ricerche (non del tutto scevre di obiezioni) dimostrano che gli estratti di postipofisi accelerano la coagulazione del sangue.

Sinergie endocrine e nervose. Glandole genitali. — La *pubertà* dal punto di vista ipofisario può essere considerata come uno stato di equilibrio tra l'ormone di crescenza e l'ormone sessuale. Durante l'infanzia l'ormone di crescenza è predominante, esso inibisce la secrezione sessuale. Dopo la pubertà, l'equilibrio è rotto in favore dell'ormone sessuale e la secrezione di crescenza si arresta.

Nella *menopausa* avviene la rottura del legame ipofiso-genitale, non solo per iposecrezione di ormone sessuale ma anche forse per un certo grado di predominanza dell'ormone somatotropo (acromegalia frusta in individui in menopausa).

Durante la *gravidanza* e fin dall'inizio, interviene una nuova glandola, la *placenta* che attiva la produzione ipofisaria: il Prolan B passa nelle urine (reazione di Aschheim-Zondek).

Le contrazioni uterine del *parto* sembrano dovute all'attività di un nuovo ormone secreto dalla postipofisi, l'ocitocina.

Nella produzione del latte il lobo posteriore agisce non solo sull'escrezione facendo contrarre le fibre lisce ma anche sulla secrezione.

Isolotti di Langerhans e surrenali. — Gli esperimenti farmaco-dinamici dimostrano che esiste antagonismo insulina-pituitrina, sinergia adrenalina-pituitrina.

L'ipofisi è una glandola iperglicemizzante, ma di effetto molto meno marcato delle surrenali; essa avrebbe sopratutto azione moderatrice nel senso di diminuire l'iperglicemia adrenalinica e l'ipoglicemia insulare.

La tiroide. — Oltre la comune azione sulla glicemia, bisogna ricordare che la tiroide è una glandola nutritiva e morfogenetica. Si conosce da lungo tempo l'azione vicariante dell'ipofisi nella tiroidectomia. Nei fenomeni di accrescimento l'ipofisi tiene sotto la sua dipendenza sopratutto la statura, la tiroide controllerebbe specialmente le metamorfosi.

Paratiroidi. — Frenatrici nella regolazione glicemica, queste glandole sono antagoniste dell'ipofisi. D'altra parte questa sarebbe capace di supplire in una certa misura all'insufficienza paratiroidea. Pepere, Cimaroni, Harvier han dimostrato che dopo paratiroidectomia, le cellule acidofile dell'ipofisi aumentano di numero, mentre si ipertrofizza la pars intermedia.

Timo. — Sperimentalmente l'ipofisiectomia conduce all'atrofia degli elementi timici (Ascoli e Legnani). Da un altro punto di vista gli estratti timici aumenterebbero il potere antidiuretico degli estratti retropituitarî.

Glandola pineale. — Da quanto noi sappiamo sulla macrogenitosomia e sulla sua importanza sessuale, la glandola pineale non si saprebbe completamente isolare dal sistema ipofisario. Per Desogus la pineale e l'ipofisi apparterrebbero a due sistemi endocrini opposti.

Sistema vegetativo. — Dalle ricerche di numerosi autori (Pende, Vergara, Leschke) il sistema vegetativo diencefalico di cui i centri risiedono particolarmente nel nucleo sopraottico e nel nucleo paraipofisario, non si potrebbe dissociare dal sistema ipofisario. Le interdipendenze sono riferibili sia ad un'azione nervosa trofica dei centri diencefalici sull'ipofisi, sia al passaggio di ormoni ipofisarî modificatori attraverso l'infundibulo-tuber secondo la teoria della neurocrinia. L'ipofisi e l'infundibulo-tuber appaiono quindi come un complesso neuro-glandolare con reazioni multiple reciproche. D. LONGO.

L'obesità cerebro-ipofisaria.

(BORCHARDT. *Deutsch. Med. Woch.*, 17 giugno 1932).

Mentre un tempo si riteneva che la distrofia adiposo-genitale forse sempre dipendente da una alterazione ipofisaria, si trovò poi che anche lesioni del mesencefalo hanno notevole significato per questa forma morbosa, finchè Biedl potè nel 1922 separare dal tipo ipofisario un tipo cerebrale della malattia di Fröhlich (caratteri di quest'ultimo sono: l'assenza di sintomi focali ipofisari, e la presenza invece di anomalie diverse: specie retinite pigmentosa, polidattilia, asimmetrie facciali ecc.).

I rapporti tra ipofisi e mesencefalo possono — a questo riguardo — essere così concepiti: l'ipofisi elabora un secreto che ha azione tonica nell'ipotetico centro mesencefalico del ricambio: mentre da un lato tumori o altri processi dell'ipofisi possono disturbare attraverso alterazioni della secrezione questo centro, così d'altro lato può quest'ultimo essere direttamente e primitivamente alterato per cause locali.

In ambedue i casi si ha il quadro clinico della malattia.

Vi è una netta distinzione clinica tra obesità comune e obesità di origine mesencefalo-ipofisaria? Molti casi di comune ingrassamento, presentano grandi analogie con sindromi ipofisarie e ipogenitali, benchè manchino in essi sintomi netti ipofisari o di ipogenitalismo. Basandosi su tali considerazioni, l'A. raggruppa tali casi sotto il nome di obesità cerebro-ipofisaria.

Basandosi sull'osservazione di 65 ammalati, l'A. tratteggia i sintomi fondamentali di tale sindrome.

La *ripartizione del grasso* ha la massima importanza: esso ha sede alla base delle coscie. L'aumento dei cuscinetti adiposi del bacino si trova solo nei casi di contemporaneo ipogenitalismo. Notevole significato ha anche la *sottigliezza delle estremità*: naso e bocca piccoli, mani delicate, dita sottili (con le ultime due dita affilate) sono presenti in 39 casi. Il *metabolismo basale* è normale nella maggioranza dei casi, mentre invece è assai di frequente diminuito il valore dinamico specifico degli alimenti.

Relativamente frequenti sono in tale gruppo di malati *anomalie varie*: polidattilia, sindattilia, retinite pigmentosa, scotoma centrale, ambliopia mononucleare, astigmatismo, miopia, mancinismo, aplasia del lobulo dell'orecchio, aplasia dentaria. Vi sono tre casi di morbo di Perthes e un caso di osteogenesi imperfetta.

Quanto alle *anomalie del sistema pilifero*, in parte esse sono da attribuire a fatti di ipogenitalismo, specie nei giovani.

Si nota di frequente l'assenza del terzo esterno del ciglio, una volta di tutto il ciglio.

Nei casi di lieve ipogenitalismo i peli della barba, del pube e delle ascelle sono presenti, ma scarsi, e il limite dei peli al pube è orizzontale. Più importante è l'*ipertiricosi* che si incontra in donne adulte, sul tronco, sugli arti e sul volto, anche senza nessun disturbo della sfera genitale.

La *Psiche* dimostra uno sviluppo assai spiccato in nove casi. All'incontro vi sono tre casi di debolezza intellettuale e due casi di epilessia.

Riguardo all'*accrescimento*, questo appare superiore alla norma in un numero notevole di casi, mentre in un numero minore è inferiore alla norma stessa: non sembra che si possa però qualche rapporto tra alterazioni dell'accrescimento e presenza o meno di sintomi di ipogenitalismo. Rispetto alla causa dell'aumentato accrescimento, non si deve, secondo l'A., pensare ad una alterazione ormonica, ma ad un fattore che, agendo sul centro ipotalamico porti ad una migliore condizione di nutrizione. Questo igroto fattore conduce invece in altri casi ad un danno della funzione ormonica del lobo anteriore dell'ipofisi (il quale stimola la crescita), e quindi ad un ostacolo all'accrescimento stesso.

Quanto alla *causa patogena*, sembra avere grande significato l'eredità: fatto questo che l'A. trova presente in 26 casi (consanguineità dei genitori, grande differenza di età tra gli stessi, alcoolismo del padre, ecc.). In qualche caso si è messa in evidenza una cura radioterapica o presenza di convulsioni a carico della madre durante la gravidanza. Naturalmente tali fattori vengono in discussione quando manchino segni di tumore ipofisario o cerebrale. Molti casi restano però senza alcuna interpretazione etiologica.

Cura. Bisogna naturalmente distinguere i

casi a seconda della presenza o meno di sintomi ipofisari, di obesità, di ipogenitalismo. La diatermia della regione ipofisaria, proposta da Boenheim, non ha dato all'A. che tre insuccessi. (L'A. non si occupa della radioterapia). Egli ha invece ottenuto in qualche caso buoni effetti sulla obesità con il Präphyson (estratto di lobo anteriore dell'ipofisi). Migliori risultati, sembrano ottenersi con l'uso contemporaneo del Präphyson e di un estratto tiroideo, anche nei casi che non reagiscono agli stessi preparati dati isolatamente. Accanto a questa terapia, ha importanza la terapia fisica (bagni di luce, massaggio, ecc.) e la dieta appropriata.

Nei casi di grave ipogenitalismo una terapia rivolta a questo fatto rimane senza effetto. Nei casi lievi i risultati sono difficilmente valutabili per il frequente tardivo sviluppo spontaneo delle gonadi.

Da preparati di ghiandole sessuali, l'A. non ha tratto alcun risultato. Puddu.

UROLOGIA.

Importanza clinica e quadro istologico delle cisti dell'uraco.

(C. Bauer. *Zeit. f. Urol.*, vol. 25, 1931).

Le cisti dell'uraco appartengono alle rarità; André ne riportava 60 casi nel 1913; da allora ad oggi il numero dei casi pubblicati è di 85 cui l'A. aggiunge un caso personale.

Secondo la localizzazione nei vari tratti dell'uraco possono aversi cisti paraombelicali, cisti intermediarie, cisti paravescicali.

1) Le cisti paraombelicali rappresentano il 25 % di tutte le cisti dell'uraco. Esse sono intraaddominali, ma extraperitoneali; possono anche essere, nei bambini, extraaddominali e simulare un'ernia ombelicale. Tutte le età sono colpite. Non mancano disturbi vescicali, specie se la cisti preme sulla vescica per la sua grandezza. Il decorso è cronico. La grandezza varia tra una noce e un pugno d'adulto.

È importante per la diagnosi la presenza di una fistola ombelicale da cui fuoriesca urina. La fistola in urachi pervi può insediarsi anche in tarda età, in rapporto a ostacoli allo svuotamento vescicale. Dalla fistola può anche uscire una secrezione acquosa chiara, o brunastra o purulenta a seconda del contenuto della cisti settico o no.

Per la diagnosi è utile l'esame radiologico quando un liquido di contrasto iniettato nella cisti raggiunga la vescica. Ma anche senza questo mezzo le cisti paraombelicali sono le più facilmente diagnosticabili fra tutte le cisti dell'uraco.

2) Le cisti dell'uraco intermediarie sono più rare delle precedenti. In genere non hanno diretto rapporto con l'ombelico o con la vescica quantunque i due tratti di uraco sopra e sotto non siano per lo più solidi, ma contengano un piccolo cavo. Il volume da quello di una noce può arrivare a quello enorme di 5-9 litri per processi emorragici o suppurativi. Appunto in seguito a questi accidenti vengono all'esame alcune cisti che altrimenti passerebbero inosservate. La diagnosi può giovarsi dell'esame radiologico, quando la cisti dà un'ombra: hanno importanza le estremità allungate della cisti.

Le donne sono più colpite degli uomini; è preferita l'età media. Il decorso è cronico. La diagnosi si fa quasi esclusivamente all'atto operatorio cui i malati giungono con indicazione di cistoma ovarico, peritonite saccata, e, in considerazione della tendenza non infrequente delle cisti a svilupparsi lateralmente, anche di ascesso appendicolare, emosalpinge, ecc.

La terapia consiste nell'asportazione della cisti e di buon tratto dell'uraco; è stata anche praticata, l'asportazione della parete anteriore, l'apertura larga, con tamponamento, ecc.

3) Le cisti paravescicali sono un po' più della metà di tutte le cisti dell'uraco e si distinguono per la costante presenza di una stretta unione con la cupola vescicale nel punto di inserzione dell'uraco e possono essere asportate solo con l'asportazione della cupola vescicale.

Le donne sono colpite in misura doppia che gli uomini. L'età preferita è il secondo decennio.

Possono raggiungere grandezze fantastiche (50 litri nel caso di Freer 1887); in genere variano tra una testa di feto e una testa di adulto. A questo stadio determinano disturbi che danno luogo alle più variate diagnosi. Cisti più piccole sono in genere reperti occasionali laparotomici o autoptici.

Un lungo decorso è in genere raro. Per la possibilità di infezione specialmente dalla vescica compaiono molto presto sintomi acuti come tenesmo, febbre, dolori, ematuria, ecc.

L'esame cistoscopico può dimostrare un difetto rotondeggiante della mucosa, o può vedersi aperto il punto di imbocco dell'uraco; in altri casi si tratta di ulcerazioni della cupola vescicale; talora può dall'apertura venir in vescica gran quantità di cristalli di colesterina.

La diagnosi nonostante tale reperto verte in genere intorno a tumori della vescica; miomi dell'uraco; ascessi della parete addominale comunicanti colla vescica; peritonite tbc. saccata; tumori solidi e cistici dell'omento, dell'intestino, del mesentere; tumori solidi dell'utero; tumefazioni cistiche degli annessi; ascessi appendicolari.

Robinson distingue cisti paravescicali a sviluppo addominale, mediane, contenenti epite-

lio piatto, che originano propriamente dall'uraco e cisti laterali a sviluppo nel piccolo bacino, contenente anche epiteli cilindrici, che originano dall'allantoide.

Nel contenuto di una cisti dell'uraco si può trovare: urina; liquidi mucosi prodotti dagli epiteli; siero, come trasudato della parete; epiteli; gocciole di grasso; emazie; cellule di pus; emosiderina da vecchie emorragie; colesterina originante dalla parete cistica o dai papillomi della parete nel cui centro è contenuta spesso colesterina; fibrina.

Il quadro istologico delle cisti dell'uraco in generale è caratterizzato dalla presenza di tre tessuti: epitelio, connettivo, muscolatura liscia.

Nel caso dell'autore si trattava di una donna di 47 a. che da un anno aveva notato una tumefazione crescente del basso ventre, insieme a disturbi vescicali. Si palpava nell'ipogastrio una tumefazione grande quanto un pugno d'uomo, mobile, dura, posta anteriormente all'utero. Fu posta la diagnosi di cisti ovarica. All'operazione fu trovata una cisti extraperitoneale contenente 300 cc. di liquido brunastro, fortemente connessa con la cupola vescicale che dovette essere asportata insieme alla tumefazione.

La parete cistica appariva giallo-rossastra; in qualche punto presentava cisti minori, in tal'altro piccoli tumoretti rossastri sporgenti nella cavità.

L'esame istologico della parete dimostrò un epitelio mono o pluristratificato poggiante su uno strato di connettivo lasso e grassoso cui segue uno strato di connettivo fibrillare con poche cellule muscolari; segue una specie di membrana propria anista cui succede un altro strato di connettivo ricco di cellule e di fibre muscolari lisce. Infine si trova uno strato endoteliale. Nello spessore della parete si trovano qua e là infiltrati parvicellulari, emorragie interstiziali, piccoli ascessi.

I piccoli tumoretti sporgenti nel cavo cistico apparivano costituiti di connettivo povero di cellule, contenenti molti cristalli di colesterina.

Il tessuto di unione colla vescica che sporgeva nella cavità vescicale come un tumoretto era principalmente costituito di fasci muscolari.

P. STEFANINI.

Formazione cistica dell'uretere associata a bilharzia.

(URQUHART. *British Journal of Urology*, volume III, n. 1, marzo 1931).

L'A., prendendo in esame le varie lesioni rinvenute nelle autopsie del Kasr el Aini Hospital Cairo, osserva una frequenza non indifferente dei casi di bilarzia localizzata all'apparato urinario. Sembra che la forma più comune sia la cosidetta « *Sandy patches* » che risulta di un ammasso di uova di bilarzia annidati nella mucosa e sottomucosa.

Quando la forma è molto diffusa si manifesta con zone granulose giallastre, a superficie anfrattuosa, ulcerata.

Vi è poi una forma granulosa, che si presenta sotto forma di nodi e di masse che somigliano a tumori; quando questa forma capita nell'uretere si può avere la stenosi di questo con conseguente idronefrosi o pionefrosi.

Qualche volta alla bilarzia si associa il carcinoma, raramente il sarcoma.

L'A. ha avuto occasione di osservare 6 casi con formazione di cisti negli strati della parete del canale ureterale, ed altri 5 esemplari sono conservati nel museo annesso all'ospedale.

In tutti i sei casi dell'A. la forma cistica era associata alla granulomatosa ed il lume ureterale appariva più o meno dilatato. Il colore, la forma e la grandezza delle cisti erano varie, così pure il contenuto che in alcune era chiaro, in altre vischioso, in altre colloideo.

SCANDURRA.

La cura dei diverticoli vescicali col drenaggio e la disinfezione attraverso le vie naturali.

(R. LE FUR. *Paris Chirurgical*, nov. 1931).

L'A. rileva che l'estirpazione dei diverticoli vescicali può presentare delle controindicazioni dovute all'età, alle condizioni generali del malato, all'infezione coesistente, alle dimensioni del diverticolo o dei diverticoli, alle aderenze e alla sede de diverticolo (posteriore).

L'A. dice di guarire la maggior parte dei diverticoli vescicali applicando, attraverso le vie naturali coll'aiuto del cistoscopio, o in casi eccezionali ricorrendo alla cistotomia soprapubica, un drenaggio con un catetere che lascia nel diverticolo e facendo lavaggi ripetuti nella cavità diverticolare.

Fa 5-6 lavaggi al giorno con una soluz. di protargolo al 4 ‰, o di nitrato d'argento all'1/500 o collargolo al 5-10 % o istillando del lipiodolo.

Si sa che piccoli diverticoli nei prostatici spesso diminuiscono di grandezza dopo la prostatectomia. L'A. consiglia il drenaggio del diverticolo tanto prima che dopo la prostatectomia. In casi di diverticoli a sede antero-superiore i quali per lo più sono di origine congenita e raggiungono la grandezza due o tre volte la vescica, non essendo possibile asportare il diverticolo l'A. consiglia di fare la marsupializzazione di esso come l'ha eseguita in un suo caso aggiungendo la cauterizzazione di una fistola residuata.

SCANDURRA.

Nella colibacillosi dell'apparato urinario.

(S. OCCONOMAS. *Journ. des praticiens*, 20 agosto 1932).

L'A. consiglia l'uso del siero anticolibacillare di Vincent: 20 cmc. al giorno per 4

giorni; nei casi gravi 40-60 cmc. Se l'iniezione è rimasta senza risultato, somministrare il siero per bocca: 20-40 cmc. al giorno per 8 giorni. Unirvi anche il trattamento locale: lavatura della vescica o del bacinetto, se la cura col siero non riesce.

Questo trattamento è utile nelle forme acute e setticemiche della colibacillosi urinaria specialmente se è in dipendenza di focolai renali; è meno indicata nelle forme croniche e latenti.

Discutibili sono i vantaggi della vaccinoterapia. L'A. usa il batteriofago; nei casi favorevoli, il risultato si ha abbastanza presto, mentre se questo non si ha nei primi giorni, è inutile insistere.

Dosi: per via orale, 10 cmc. 5 volte al giorno continuando anche a lungo; per via ipodermica, 3 cmc. a 24 ore d'intervallo, non insistendo oltre le 2-3 volte; nel bacinetto od in vescica 2-20 cmc. ogni 48 ore.

L'acidità del mezzo è sempre sfavorevole; somministrare alcalini (bicarbonato di sodio) ad alta dose. Gli altri rimedî (nitrato d'argento, urotropina, ecc.), per la loro azione sfavorevole sul batteriofago, vanno sospesi.

Il rimedio è specialmente utile nei casi con febbre elevata e stato setticemico; ma i risultati sono incostanti. *fil.*

MISCELLANEA.

Sull'edema da fame.

(R. RORDORF. *Studium*, 1 settembre 1932).

Tra le malattie, il cui studio è progredito notevolmente in occasione della guerra europea, vi è l'edema da fame, la cui etiologia e patogenesi è stata realmente chiarita ed illustrata in tale occasione: infatti, in seguito al blocco determinato dall'Intesa, la malattia assunse negli Imperi Centrali, e particolarmente nei campi di concentramento dei prigionieri un andamento ed una estensione tali da rivestire il carattere di malattia epidemica. Tale malattia richiamò ben presto l'attenzione degli studiosi dei vari paesi ed oggi la letteratura sull'argomento è abbastanza vasta e numerosi sono stati anche i tentativi di riproduzione sperimentale di essa.

Il complesso clinico è ormai concordemente riconosciuto constare di tre sintomi fondamentali: la bradicardia, la poliuria e l'edema, senza che le condizioni cardiache o renali siano alterate, o per lo meno solo così limitatamente da non spiegare in alcun modo il quadro morboso. L'edema raggiunge assai spesso un considerevole sviluppo: localizzato all'inizio e nei casi lievi ai soli arti inferiori, invade presto tutto il corpo con rapidità.

La bradicardia è molto frequente e si accompagna ad un discreto abbassamento della pressione che per i casi gravi è un sintoma assolutamente costante. Del pari frequente è la poliuria con accessi di pollachiuria, specialmente notturni. Alterazioni degli altri apparati sono state notate con una certa frequenza, e particolarmente disturbi del tubo gastro-enterico. Non si osservano disturbi nervosi (diagnosi differenziale col beri-beri); frequenti i disturbi oculari, fra cui l'emeralopia, e le alterazioni delle ghiandole a secrezione interna, specialmente a carico della tiroide, che mostra molto spesso un notevole grado di atrofia che ha fatto pensare ad una genesi endocrina della malattia.

Etiologia. Le particolari condizioni d'insorgenza della malattia, il suo migliorare e guarire col migliorare delle condizioni dietetiche, guidarono subito i primi studiosi della malattia verso l'etiologia alimentare di essa. Dapprima si pensò che l'edema da fame dovesse rientrare nel gruppo delle avitaminosi, ma ben presto questa opinione fu rigettata perchè si vide che l'aggiunta alla dieta di questa e quella vitamina non migliorava le condizioni morbose. Oggi l'edema da fame è considerato quale espressione di una ipoalimentazione cronica, così che il calore liberato dalla combustione degli alimenti è notevolmente inferiore al consumo limite. Ma ciò non spiega quale sia il meccanismo per cui l'ipoalimentazione induce l'edema. A spiegare questo meccanismo varie teorie sono state emesse ma tutte urtano contro la difficoltà, ben nota a tutti i cultorî di patologia, di spiegazione del meccanismo di produzione degli edemi in generale.

Una delle teorie che tendono a spiegare la genesi degli edemi da fame è quella detta *nefrogena*, in quanto ammette l'intervento di alterazioni renali non nel senso morfologico, ma soltanto funzionale. I reni cioè, pur non presentando alcuna alterazione anatomica nè macro nè microscopica sarebbero funzionalmente lesi, cioè incapaci della normale secrezione: si determinerebbero così quelle stesse condizioni di squilibrio osmotico che nei nefritici danno la tendenza agli edemi. Questa, come la teoria del Klotz, il quale ammette che, a causa della diminuita introduzione di sostanze ureogene, il rene venga ad essere poco stimolato, onde accumulo nel sangue di sostanze osmoticamente attive, appare già a prima vista poco convincente. È stato anche pensato ad una variazione del rapporto di pressione fra il sangue ed i tessuti, ma ciò appare poco probabile se si pensa che negli edematosi da fame la pressione è più bassa del normale.

La spiegazione che più può sembrare vicina alla realtà è quella di Bürger, il quale considera l'edema da fame come una intossicazione da idrati di carbonio. Nell'alimentazione di questi edematosi, egli dice, esiste un fortissimo squilibrio fra la quota proteica e quella idrocarbonata. In tal modo le cellule vengono ad arricchirsi, se non in senso assoluto in sen-

so relativo, di idrati di carbonio: ciò richiama acqua dal sangue, onde l'edema. Questo sarebbe più notevole nel sottocutaneo che negli organi interni per una particolare permeabilità dei vasi cutanei in confronto di quelli degli altri parenchimi.

Sia o non sia questo il reale meccanismo genetico degli edemi da fame, ciò che nella interpretazione di esso bisogna tener presente è che il quadro morboso di questa affezione è sostanzialmente differente da quello del digiuno completo e cioè che è molto più complesso, più fenomenico il quadro morboso del digiuno parziale che quello del digiuno totale, in cui pure al *deficit* dei fattori che si hanno nel digiuno parziale si aggiunge quello di tutti gli altri. Avviene cioè per l'edema da fame quanto avviene per le avitaminosi.

Giusta è quindi l'opinione di coloro che nell'edema da fame, più che i segni di un globale *deficit* alimentare vedono l'espressione di uno squilibrio nutritivo al disotto del consumo limite.

L'A. ha avuto occasione di studiare un caso sporadico di edema da fame in persona di una donna di 42 anni, la quale in seguito a una lunga serie di gravi disturbi da ulcera duodenale e stenosi pilorica seminata da interventi operativi, aveva ridotto la sua alimentazione a brodo, pochi biscotti e frutta cotta. Gli edemi cominciarono a comparire alle gambe, indi invasero le cosce, la vulva, i lombi: edemi permanenti, non influenzati dalle calze elastiche e dal riposo. All'esame obiettivo e di laboratorio interessante il reperto del polso, che aveva la frequenza di 100 pulsazioni al minuto (l'A. non nota nella illustrazione del suo caso la mancanza della tipica bradicardia. *N. d. R.*), eliminazione media di 2000 cc. di urina *pro die* a peso specifico 1010-12, con tracce minime di albumina, discreto stato anemico del sangue, W. R. negativa sul siero.

Somministrato alla paziente un energico diuretico, essa viene colta dopo alcune ore da crisi convulsive con scosse tonico-cloniche e perdita della coscienza, fenomeni che l'A. interpreta come manifestazioni della tossicità del liquido da edema che era stato rapidamente riassorbito: per quanto sia da notare che la diuresi si era arrestata dopo l'emissione di 1 litro di urina per 24 ore e quindi questo riassorbimento sembri poco probabile.

Lo stato di denutrizione profonda, il tipo e la estensione degli edemi, la mancanza di alterazioni del circolo e del rene sufficienti a spiegarne la formazione, nonchè la considerazione dello scarso quantitativo di alimenti introdotti indirizzarono l'A., verso la diagnosi di edema da fame. Aumentata gradatamente la razione alimentare sino a renderla sufficiente sia qualitativamente che quantitativamente, nello spazio di due settimane l'edema si riassorbì completamente. Il peso corporeo andò gradatamente aumentando e dopo sei mesi la paziente non aveva ancora accusato alcun disturbo.

G. LA CAVA

Sindrome ganglionare granulomatosa febbrile con leucopenia, neutropenia leggera, linfopenia e plasmocitosi terminale.

(P. MERKLEN, R. WAITZ e J. KAHAKER. *Presse médicale*, 8 ott. 1932).

Sono note le difficoltà che talora si presentano per la diagnosi di malattia di Hodgkin. In effetti, la biopsia, quando è possibile, non dimostra sempre un aspetto granulomatoso tipico con cellule di Sternberg. La diagnosi riposa allora su di un insieme di sintomi il complesso dei quali, anche in assenza di uno o di parecchi fra essi, fornisce forti presunzioni in favore della diagnosi di Hodgkin. Ma vi sono dei casi talmente atipici che si può esitare a porre la diagnosi.

Tale è il caso di una osservazione degli AA. riferentesi ad un individuo di 38 anni che presentava una sindrome ganglionare febbrile acuta, con prurito iniziale molto leggero, febbre irregolare, non caratteristica, splenomegalia molto modica, accidenti bucco-faringei pseudo-membranosi, leucopenia progressiva e intensa con neutropenia leggera, linfopenia considerevole, plasmocitosi terminale. La radioterapia fu inefficace e l'affezione, dopo un decorso durato sei mesi, si concluse con la morte dell'infermo.

I dati clinici ed ematologici, così come le constatazioni istologiche (reazione granulomatosa dei gangli prelevati) permettevano di eliminare facilmente alcune diagnosi. Così la linfosarcomatosi, la linfadenia subleucemica, la sifilide, la tubercolosi.

Si era dunque in diritto di parlare di malattia di Hodgkin? L'esame istologico non basta ad affermarlo. L'anemia era intensa, come si può osservare nelle forme acute ed emorragiche della malattia di Hodgkin, ma la percentuale delle emazie granulo-filamentose era molto inferiore a quella che si trova abitualmente; il numero delle piastrine era basso anche prima della radioterapia, mentre l'aumento del numero delle piastrine è, per la maggior parte degli AA., la regola nel morbo di Hodgkin. L'assenza di eosinofilia non ha che una importanza scarsa, data l'incostanza del fenomeno. Per contro una leucopenia così spiccata (da 3.200 a 800) è eccezionale nella malattia di Hodgkin, sopratutto senza una polinucleosi relativa. Infine bisogna mettere in evidenza l'abbondanza delle cellule endoteliali e sopratutto il tasso dei plasmociti, che raggiungevano la cifra del 13 % in luogo del

1-3 % talora segnalato nella linfogranulosi maligna tipica.

Clinicamente degne di nota sono la modesta ipertrofia splenica, l'evoluzione progressiva verso la cachessia senza *poussées* evolutive cliniche o termiche. Quanto all'angina e alla stomatite pseudo-membranosa esse sono rare nella malattia di Hodgkin.

In conclusione, l'insieme del quadro ematologico e clinico è lontano da quello delle forme normali o aberranti della malattia di Hodgkin classica e si stacca anche da quello delle forme acute. Si può in questo caso parlare solo di sindrome linfogranulomatosa, ricordando che Oberling ha insistito sulla necessità di separare la linfogranulomatosi maligna tipo Paltauf-Sternberg da altre forme di linfogranulomatosi. C. TOSCANO.

La capacità vitale polmonare nell'insufficienza nasale respiratoria.

(G. SCALORI. *Il Valsalva*, marzo 1932).

Lo studio delle variazioni fisio-patologiche che si manifestano nella meccanica respiratoria, in dipendenza del passaggio abituale della corrente aerea attraverso la bocca, ha dato origine a molti lavori, che hanno esaminato specialmente gli effetti dell'impervietà o della stenosi delle vie respiratorie sulle condizioni anatomo-patologiche del polmone e sul ritmo respiratorio.

L'A. ha studiato l'influenza dell'insufficienza nasale respiratoria sulla capacità vitale; mettendo questa in rapporto con la circonferenza toracica, con la statura, col peso e con la superficie corporea.

Su 47 individui maschi, la C.V. è superiore alla media in 6, uguale in 1 ed inferiore in 40. Nelle donne, 11 casi superano la media e 40 le sono inferiori. In complesso, la C.V. polmonare risulta diminuita in confronto alla struttura corporea; pure leggermente diminuita, in media, è l'escursione respiratoria toracica.

L'insorgenza dei disturbi da insufficienza nasale nell'età pubere può essere spiegata dalle profonde modificazioni somatiche e psichiche che l'organismo subisce in tale periodo.

Le cause della scarsa C.V. negli stenotici nasali sono di ordine meccanico e riflesso insieme. È innegabile che la meccanica respiratoria boccale si discosta notevolmente dalla fisiologica: i movimenti respiratori sono meno ampî, oltrechè più irregolari e meno frequenti. Se ne deduce che l'apparato muscolare e scheletrico-legamentoso di questi individui sarà meno adatto a far compiere alla gabbia toracica escursioni di ampiezza notevole. È inoltre dimostrabile l'esistenza di cause riflesse.

Il risultato di queste osservazioni spiega meglio il fatto che gli stenotici nasali resistono meno bene degli altri alla corsa ed agli esercizi fisici. Nel normale, i muscoli respiratori sono più esercitati alla fatica e sono, durante la fatica, molto agevolati dalla respirazione boccale; nello stenotico, invece, questa che è già normale non porta ulteriori vantaggi; inoltre, in esso, il cuore si trova in condizioni abnormi per la difficoltà del piccolo circolo e può più difficilmente compiere un lavoro maggiore. D'altra parte, il senso subbiettivo di dispnea dipende dalla frazione di C.V. utilizzata nella respirazione e la diminuita C.V. dello stenotico contribuisce anche per questo a renderlo meno adatto alle fatiche imposte dagli esercizi fisici. *fil.*

La stenosi polmonare congenita nell'età adulta.

(G. GIAUNI. *Cuore e circolazione*, sett. 1932).

L'A. riporta una propria osservazione di un uomo di 25 a. affetto da cardiopatia congenita, con marcata cianosi e dita a bacchetta di tamburo e con sviluppo fisico ed intellettuale normale, tale da poter compiere bene il proprio mestiere di contadino e da coniugarsi avendo anche un figlio. Dopo ripetute emottisi, venne a morte ed, all'autopsia, si rinvenne una cospicua stenosi preorifiziale della polmonare, accompagnata da perforazione del setto interventricolare e da rene a ferro di cavallo, oltre a fatti tubercolari nel polmone.

L'A. riporta anche altre osservazioni di casi analoghi e rileva che la stenosi congenita della polmonare si accompagna spesso ad altre malformazioni cardiache, specialmente a perforazione del setto interventricolare ed a destroposizione dell'aorta; non manca mai l'ipertrofia del ventricolo destro, mentre è più rara la pervietà del foro di Botallo. La concomitanza di queste malformazioni permette un periodo di vita che può anche essere assai lungo.

Quando la stenosi polmonare è accompagnata da cianosi, il giudizio pronostico non è sempre assolutamente infausto e non è vero che nelle stenosi polmonari in cui la cianosi si manifesta alla nascita, la vita sia possibile per pochissimo tempo (1-2 anni). Il caso dell'A. e quelli di altri ne sono esempi dimostrativi.

Il malato di cardiopatia congenita, non va considerato soltanto come un malato di cuore, ma egli deve temere, talvolta, più che il suo cuore, altri fattori di malattia, fra i quali la tubercolosi occupa un posto importante. Del resto, in molti dei casi di individui morti in età avanzata, la causa della morte fu attribuita più che a condizioni intrinseche del cuore a lesioni non dipendenti da questo (emorragia cerebrale, ascesso cerebrale, trombosi della femorale) ed in gran numero di essi a tubercolosi polmonare. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. ALESSANDRINI, M. PACELLI. *Un pericolo sociale.* « *Le Brucellosi* ». Con prefazione di A. ILVENTO. Edizioni « Annali di igiene », Roma 1932 - L. 24.

« La produzione scientifica sulle Brucellosi si è susseguita nel mondo in misura troppo vertiginosa per essere conosciuta e controllata passo passo da chi non abbia agio di dedicarvisi interamente; ci è parso quindi opportuno, in questo nostro lavoro, di analizzare metodicamente e con sana critica, tutti i dati più importanti scaturiti dalle ricerche antiche e recenti. Siffatto lavoro di aggiornamento e di coordinamento bibliografico, secondo noi, era assolutamente necessario, onde rendere più utilizzabili i nuovi studi, per promuovere nuove iniziative, per evitare, con grave dispendio di tempo e di danaro, la ripetizione di esperienze già fatte ».

Queste parole che chiudono il libro, ne sono anche la migliore presentazione perchè esprimono con precisa e chiara enunciazione e delimitazione, gli scopi che gli AA. si sono prefissi nello scriverlo.

Si tratta di un lavoro di pura batteriologia e igiene. Gli AA. non sono voluti uscire — deliberatamente — dal campo della loro specifica competenza, considerando che entro questi limiti era possibile dire cose della massima precisione scientifica e utilità pratica.

A chi già non conosce lo stato delle cose, potrà sembrare esagerato o superfluo il compito di diffondere anche tra profani le odierne conoscenze sulle infezioni brucellari. Eppure non si può dar torto ad A. e P. quando dicono che « più che malattia dell'avvenire »... la febbre ondulante debba chiamarsi « malattia del giorno », e se nel titolo stesso designano le brucellosi come « un pericolo sociale ».

In ogni parte di Europa e d'America infatti esistono attualmente zone ove l'infezione brucellare è endemica. Ciò vale, naturalmente, anche per l'Italia: così, proprio di questi giorni, trovandomi in Sardegna, ho appreso che nell'anno scorso si sono verificate in alcune località dell'Isola delle piccole epidemie di febbre ondulante, con alcuni casi seguiti da morte, e un collega universitario, non medico, mi diceva che da parecchi mesi aveva una persona di famiglia malata di questa infezione, e si doleva di non aver prima conosciuto la esistenza di tale malattia che si sarebbe potuta bene evitare con facili previdenze.

A. e P. hanno dedicato il primo capitolo allo studio della diffusione e distribuzione della febbre ondulante nei vari continenti; appare evidente il propagarsi della malattia in paesi che non molti anni or sono erano (o si credevano!) indenni. Il secondo capitolo tratta estesamente della batteriologia delle Brucelle. Sono date precise e minute indicazioni tecniche sui modi migliori per isolare e coltivare il germe, nonchè sulle varie reazioni immunitarie che consentono la diagnosi nell'uomo e negli animali.

Gli altri cinque capitoli trattano esclusivamente il lato igienico del problema, e cioè le fonti di contagio, la profilassi nei caprini, negli ovini, nei bovini e nell'uomo; e finalmente l'importante questione del latte come veicolo del germe.

Si apprende — ciò che desta legittime preoccupazioni — che la *Br. abortus* può, secondo recentissime constatazioni, essere responsabile dell'aborto anche nella donna. Fortunatamente si tratta di casi rari.

È dato il preciso elenco di tutte le specie di animali che, sia pure in via eccezionale, possono essere portatrici e quindi distributrici del virus. Nel cap. 4° è trattata la questione della vaccinazione degli ovini e caprini, come base della profilassi dell'uomo; nonostante le numerose ricerche di questi ultimi anni, non si è ancora riusciti praticamente nell'intento. Il che, a mio avviso, deve mettersi in rapporto con la natura particolare della infezione brucellare degli animali, trattandosi di una associazione biologica *sui generis*, diversa dalle comuni associazioni parassitarie per il fatto che il germe non provoca alcun risentimento da parte dell'animale, che non ne viene in alcun modo danneggiato. Nel cap. 5° sono esposti i dati più recenti sulla diffusione dell'aborto dei bovini e sui tentativi di profilassi. La quale secondo gli ultimi studi può essere ottenuta, entro certi limiti, con l'uso di vaccini vivi.

In questo capitolo sarebbe stata desiderabile una considerazione più attenta del problema della infeziosità del virus bovino per l'uomo, poichè — come è ben noto — se indubbiamente esistono le infezioni umane da bovini, non è ancora ben chiaro come e in quali circostanze il virus bovino, generalmente innocuo, divenga patogeno per l'uomo.

Nei capitoli 6° e 7°, che conchiudono il lavoro, sono date le più minute indicazioni sulla profilassi della febbre ondulante nell'uomo. Non è certo cosa agevole mettere in pratica tutti i mezzi protettivi suggeriti dagli AA. per assicurarsi contro i pericoli di infezione in località ove questa è endemica. Più di una persona, piuttosto che sterilizzare le verdure e le frutta con lo « steridrolo » consigliato da Brotzu e Franco, preferirà rinunciare addirittura alle une e alle altre. E così per altre norme consigliate. Ma A. e P. sono ben consapevoli di tutte queste difficoltà e concludono dichiarando che « il problema è straordinariamente complesso e di non facile soluzione ». Secondo loro poi « allo stato attuale delle cose è forse nella vaccino-profilassi che si possono riporre le migliori speranze ». Può ben darsi che una vaccinazione debitamente praticata dia all'uomo una resistenza sufficiente a vincere i pericoli di infezione, quali ordinariamente si verificano; ma è certo che la durata della immunità acquisita con questi metodi non è — come per altre vaccinazioni similari — nè molto duratura nè molto solida. In generale poi, per quel che riguarda la profilassi umana, bisogna nel campo pratico distinguere le condi-

zioni dei vari ceti della popolazione. Nei ceti più bassi, i pericoli di infezione in località ove il bestiame, specialmente caprino, è portatore di brucelle, sono assai numerosi e svariati, mentre nei ceti elevati i pericoli si riducono, si può dire, al contagio alimentare, sopratutto attraverso il latte. Cosicchè per questa parte di popolazione, che purtroppo è la minore, una profilassi abbastanza efficace è ottenibile con l'evitare l'uso di latticini e di verdure e frutta cruda di provenienza sospetta, come è quella del pubblico mercato; e con l'uso esclusivo di latte bollito; tutte cose abbastanza facili ad applicarsi in pratica. Per compenso bisogna pur dire che la parte povera della popolazione, che vive in contatto o vicinanza degli animali infetti, è anche quella più resistente alla infezione, per effetto di vaccinazioni larvate avvenute lentamente attraverso ripetute infezioni paucibacillari.

In conclusione il libro di A. e P. appare in un momento quanto mai appropriato. Il problema delle brucellosi vi è esposto in modo esauriente, sopratutto dal punto di vista profilattico, che è quello che oggi interessa maggiormente il pubblico medico e profano. Aggiungiamo che la ricchezza dei riferimenti bibliografici, dei dati tecnici, di citazioni di disposizioni legislative, e la chiarezza e precisione scientifica della esposizione, accrescono di molto il pregio del lavoro. Per il quale dobbiamo sinceramente rivolgere agli AA. una viva lode.

Nella prefazione l'Ilvento lumeggia bene la parte notevolissima avuta da Ficai e Alessandrini nello stabilire la nuova entità epidemiologica, nel tracciarne la profilassi e nel rivelarne l'importanza. Per tal modo egli compie vera opera d'italianità. Fa anche valere l'interessamento dei nostri poteri pubblici sanitari per il problema, il quale riguarda prevalentemente le classi rurali. G. Vernoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Thérapeutique médicale. Vol. IV. *Poumon et tuberculose*. Un vol. in-8°, di 378 pag., con figure. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo Frs. 50.

Questo volume è il quarto della « Terapia medica » pubblicata sotto la direzione del prof. Loeper; in esso sono esposte da autori competenti e con indirizzo essenzialmente pratico le questioni più importanti della terapia dell'apparecchio respiratorio.

La prima parte è dedicata alle malattie non tubercolari del polmone: accenni di fisiopatologia e di terapia generale; terapia speciale di: laringiti, tosse, espettorazione, emottisi. Vengono poi considerate l'antisepsi polmonare e la cura delle pneumopatie acute, della gangrena polmonare e dell'asma.

Nella seconda parte, troviamo largamente trattate le malattie tubercolari del polmone. Dodici capitoli esposti da autori diversi sull'igiene, il regime, la vaccinazione, l'antigenoterapia, il pneumotorace, il trattamento chirurgico. L. Bernard tratta la chemioterapia dimostrando i vantaggi che si ottengono con la sanocrisina. Seguono poi i capitoli sui diversi trattamenti sintomatici (antitermici, tonici, ecc.) sul funzionamento dei sanatori e sulle cure climatiche ed idroterapiche. *fil.*

P. N. Deschamps. *La cure thérmale carbo-gazeuse en thérapeutique cardiovasculaire*. Un vol. in-16° di 142 pag. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo Frs. 16.

La cura delle affezioni cardio-vascolari mediante i bagni carbo-gassosi è nota specialmente per le applicazioni fatte a Nauhelm. La sua efficacia è stata sul principio messa in dubbio, ma poi il metodo ha guadagnato terreno ed attualmente la si pratica dovunque.

In questo piccolo libro essenzialmente pratico, l'A. mette al corrente di questo metodo terapeutico, delle sue indicazioni, dei risultati che si ottengono, della tecnica, in modo da convincere anche quelli che mantengono al riguardo un certo scetticismo. Si tratta di un lavoro essenzialmente obbiettivo basato soprattutto sui fatti sperimentali e clinici.

Dopo uno studio sulle sorgenti termali carbo-gassose e sull'azione di questi bagni, ne espone gli effetti mostrando che essi possono essere anche opposti secondo il tipo di sorgente. Si tratta di una cura che va dosata come medicamento, tenendo conto del regime, delle medicazioni adiuvanti ecc., che l'A. espone con precisione. *fil.*

Bulletin trimestriel de l'organisatione d'Hygiène. Société des Nations, Génève. Abbonamento Frs. svizzeri 10. Vendita per l'Italia presso la Libreria Treves-Treccani Tumminelli, Milano, Roma, ecc.

L'organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni conta già dieci anni di esistenza ed ha al suo attivo molte benemerenze per gli studi compiuti, per le conferenze internazionali promosse, per i rapporti stabiliti fra gli studiosi, ecc. Fino ad ora, però, riusciva malagevole la consultazione dei lavori di tale organizzazione, perchè essi si trovavano sparsi in pubblicazioni diverse non sempre facilmente reperibili. Molto opportunamente la detta organizzazione è venuta ora nella decisione di pubblicare questo bollettino trimestrale (di cui si fanno due edizioni, una francese e l'altra inglese) che fornisce una completa documentazione dei lavori che essa compie.

In questo primo numero, troviamo i risultati della Conferenza sulla vaccinazione antidifterica (Londra 1931), uno studio sull'insegnamento della medicina e le condizioni dei medici in Inghilterra, un altro sull'approvvigionamento del latte agli Stati Uniti (R. Burri) ed altri sulla polmonite tropicale, sui risultati della vaccinazione antirabica, sull'or-

ganizzazione di igiene durante le inondazioni in Cina. Auguriamo al nuovo periodico la larga diffusione che si merita. *fil.*

I. T. LEWIS e T. H. CROZIER. *Aids to medical treatment*. Un vol. in-16°, di pag. 244, rilegato. Baillière, Tindall e Cox. London. Prezzo 3 s., 6 d.

In questo libro, dal formato comodamente tascabile, è indicata nei suoi tratti essenziali la terapia delle malattie interne, con un'accurata scelta dei metodi, ciò che costituisce la maggiore difficoltà per opere di tal genere. Vi troviamo inoltre un capitolo sulle malattie cutanee ed un altro sull'assistenza infermiera, con indicazioni sulla preparazione di molti alimenti per malati. È un buon consigliere per il medico pratico. *fil.*

COMMENTI.

In merito alle scoperte sulla trasmissione della malaria.

Riceviamo:

Ill.mo Signor Direttore del « Policlinico »

Nel n. 43 del giornale da Lei diretto il prof. Missiroli pubblica una necrologia di Sir Ronald Ross.

Giustamente il prof. Missiroli mette in evidenza i grandi meriti del Ross nello scoprire la trasmissione della malaria degli uccelli, e opportunamente segnala l'opera del Manson. Il Missiroli accenna anche ai meriti della scuola Italiana « che portarono la luce completa sulla trasmissione della malaria umana ».

Nulla avrei da aggiungere se una frase ivi inclusa circa l'importanza della specificità delle zanzare, secondo Ross, non potesse indurre in errore il lettore. Certamente la parola scritta è andata oltre l'intenzione del prof. Missiroli, il quale non mirava di sicuro a sminuire l'opera degli studiosi italiani. Sta di fatto che se il Ross, che si proponeva di rintracciare la trasmissione della malaria umana, fu costretto ad abbandonare il lavoro e a rivolgersi allo studio della malaria degli Uccelli, fu proprio per aver sperimentato sia con *Mosquitos* ad ali grigie sia con *Mosquitos* ad ali macchiate, ossia proprio per non aver giustamente valutato, nel fatto, le differenze specifiche delle zanzare. E se il Ross riuscì a stabilire per il primo il modo di trasmissione della malaria degli Uccelli causata dal *Proteosoma* (scoperto dal Grassi fin dal 1892!), la scoperta del ciclo della malaria umana, colla dimostrazione sperimentale della sua trasmissione per opera degli Anofeli, è merito degli Scienziati italiani Grassi, Bignami e Bastianelli.

Tale scoperta si deve essenzialmente al genio biologico di Battista Grassi congiunto alla sua profonda preparazione zoologica. Infatti Grassi non ricalcò le orme di Ross, ma applicò allo studio faunistico delle zanzare delle zone infestate da malaria quel metodo di ricerche faunistiche comparative per la limitazione degli ospiti intermedi che egli stesso fin dal 1892 aveva proposto e usato con grande successo nelle sue ricerche sui Cestodi.

L'opera scientifica di Battista Grassi si svolse essenzialmente a rintracciare i cicli biologici di moltissime forme. In questo lavoro veramente prodigioso rifulsero le sue qualità di intuito e la genialità del metodo di lavoro. Il Grassi fu tra i primi a comprendere quanto grande fosse il valore di una profonda preparazione zoologica per lo studio dei problemi di parassitologia.

Non è certo mia intenzione di voler sminuire l'opera di Sir Ronald Ross, i cui meriti furono largamente riconosciuti in vita e ora in morte: ma è doveroso ricordare il nome di Grassi, Bignami e Bastianelli, i quali assicurarono alla scienza italiana una scoperta fondamentale. E per far risultare i meriti che spettano al Grassi basta ricordare quanto ha scritto il prof. F. Silvestri, il più grande entomologo oggi vivente: « Ogni entomologo può giurare che colle parole del Ross di *Mosquitos* ad ali macchiate da lui giudicati appartenenti ad una famiglia distinta da quella dei *Mosquitos* grigi non era possibile nemmeno sospettare, prima che Grassi cominciasse i suoi esperimenti, che egli si riferiva ad un *Anopheles* e nemmeno ai Culicidi ».

Sarebbe non privo di interesse e di ammaestramento ricordare oggi per quali ragioni l'opera degli Studiosi italiani non ebbe quel pieno riconoscimento immediato che pur meritava. È però tempo ormai che tale riconoscimento sia secondo verità e secondo giustizia.

Mi creda con ossequio

dev. GIULIO COTRONEI
Direttore dell'Istituto di Anatomia comparata della R. Università di Roma.

* * *

Dovendo scrivere brevemente dell'opera di Ross nella scoperta della trasmissione della malaria, ho accettato integralmente le conclusioni consegnate nel trattato di Marchiafava e Bignami (« L'infezione malarica », 1902, pagina 76); il Bignami fu collaboratore di Grassi, ed ispirò a Ross il concetto che la malaria è una malattia da inoculazione (« Policlinico », M., vol. III, 1896).

Il principio che solo determinate specie di zanzare potessero trasmettere la malaria, venne espresso effettivamente da Manson nel marzo 1896 (« The Gouldstonian Lectures on the Life-History of the Malaria Germ outside the Human Body », Lecture III); l'importanza di tale concetto fu subito rilevata da Ross (lettera a Manson, 31 ottobre 1896) che in seguito lo applicò nelle sue ricerche, per quanto glielo consentissero le sue scarse conoscenze di zoologia. Ciò non menoma la gloria dei nostri grandi Maestri, ai quali fui sempre devoto e grato, per avermi amorevolmente indirizzato ed in varie circostanze validamente aiutato.

A. MISSIROLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Roma, 19-22 ottobre 1932.

(Continuazione; vedi num. precedente).

Seduta pomeridiana (19 *ott.*).

Presidenza: Prof. DEVOTO.

L'ipertensione arteriosa come autonoma disfunzione e malattie.

Discussione.

N. PENDE (Genova). — Rileva che il problema dell'ipertensione cosidetta essenziale deve essere illuminato specialmente dal punto di vista clinico perchè è la clinica che può illuminare i meccanismi patogenetici. Ora la Clinica degli ipertesi essenziali non nefritici dimostra che non sempre e non frequentemente domina quello stato di iperfunzione simpatico-adrenalinico a cui Greppi vuole essenzialmente ridurre la sindrome.

Vi sono ipertesi che presentano tale quadro dominante di ipereccitabilità del simpatico e di iperfunzione piuttosto di tutta la glandola surrenale che non della sola adrenalinemia. E sono gli ipertesi ad abito muscoloso, ipertricosico, forti con attacchi frequenti di spasmi delle piccole arterie specialmente della retina e delle arteriole cerebrali.

Ma vi sono altri ipertesi che sono in maggior numero, in cui non il solo simpatico nè la sola surrenale mostrano di essere in eccesso ma tutto il sistema nervoso vegetativo come dimostra la frequenza di segni di iperfunzione del vago per es. iperfunzione di tutto l'apparato gastro intestinale, rallentamento del cuore con frequenti extrasistoli, tendenza delle arterie coronarie allo spasmo per eccitamento del vago. E questi sono gli ipertesi ad abito brevilineo stenico in cui le ricerche fatte dimostrano un'iperfunzione di tutto il sistema nervoso vegetativo e di alcune ghiandole endocrine come le genitali, le surrenali, l'ipofisi, la tiroide.

Vi sono ipertesi in cui domina la funzionalità ipofisaria ed ipertesi in cui domina la funzionalità tiroidea; in questi ultimi è caratteristica la sindrome iperemotiva ansiosa, simile alla nevrosi di angoscia di Freud.

Dunque non si può polarizzare il concetto patogenetico della malattia ipertensiva in uno stato di iperfunzione simpatico-adrenalinica come vuole il Greppi. Di più la clinica dimostra che ha una grande importanza la partecipazione del muscolo cardiaco al processo di ipertonia arterocapillare. L'O. ha dimostrato questo ipertono del muscolo cardiaco in molti casi ad andamento benigno mentre quando esso manca od è sostituito da atonia e dilatazione del ventricolo s. la prognosi è grave. I primi sono cosidetti ipertesi rossi o floridi, i secondi i cosidetti ipertesi pallidi che l'O. chiamerebbe pallido-cianotico e che non sono come vuole Volhard, dei nefritici cronici, ma sono degli ipertesi essenziali con insufficienza del ventricolo s.

Nei primi la cura deve combattere l'ipertono cardiaco oltre che l'ipertono arterocapillare. Nei secondi occorre invece aumentare la contrattilità del muscolo cardiaco con rimedi diversi da quelli antispamodici.

La malattia ipertensiva è essenzialmente una fase precoce di una lesione, più o meno latente clinicamente, di arteriolo-sclerosi e sopratutto di una alterazione fibrosica più o meno estesa del territorio addominale, a cui le arteriole rispettive reagiscono con crisi spasmodiche ed infine con alterazioni organiche definitive.

La terapia migliore non è quella vasodilatatrice generale che non tiene conto delle reazioni diverse del cuore periferico od arteriocapillari ai rimedi vasodilatatori. Per es. l'acetilcolina può dilatare alcuni territori vasali mentre può produrre spasmi dell'arterie del cuore con gravi pericoli stenocardici.

L'O. ha proposto da alcuni anni una nuova cura chirurgica della malattia ipertensiva che oggi si è dimostrata efficace alla prova dei fatti cogli interventi fatti da Durante di Genova e da Pieri di Belluno. Essa consiste nella resezione dei nervi grandi e piccolo splacnico di s. operazione a cui consegue una diminuzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica per la dilatazione capillare dell'ampio territorio addominale dove come si è detto è l'alterazione fondamentale della malattia.

L. GIUFFRÉ (Palermo). — Fa alcune riserve riguardo al concetto di ipertensione arteriosa considerata come malattia *essenziale* o come anche si è detto *entità morbosa*. È stato fatto tanto per cancellare dal nostro linguaggio questa espressione di *essenziale* (febbre essenziale, paralisi essenziale, albuminuria essenziale, asma essenziale e così via) che non gli sembra il caso di tornare indietro. Essa serviva solo a coprire l'ignoranza dei vecchi patologi.

L'ipertensione sia transitoria o permanente è sempre un sintomo (o se si vuole anche una sindrome) dovuta o all'arterio-sclerosi (arteriolo-sclerosi) o alla nefrite o ad intossicazioni endogene o esogene. Il relatore dice che la forma essenziale è dovuta ad iperadrenalinemia, e questa ad iperfunzionalità dei surreni. Quindi a rigore la malattia sarebbe non l'iperfunzione (*essenziale*) ma la iperedralinemia o l'ipersurrenalismo. Ma questa, come abbiamo inteso, è una semplice supposizione o pura ipotesi; chè anzi studi più recenti assegnano una origine diversa (come abbiamo pure inteso dal Pende) all'*arteriolo-spasmo* o *arteriolo-sclerosi*, causa della ipertensione. Per tanto questa espressione di *ipertensione essenziale* dovrebbe essere considerata come quelle altre alle quali ha poc'anzi accennato.

Insiste su questo concetto, anche perchè in molti casi di ipertensione ritenuta essenziale si tratta di quella che anche prima ancora che si praticasse la sfigmomanometria, era detta *ipertensione precirrotica* ossia primo segno precedente agli altri della *cirrosi renale*, e particolarmente di quella che i patologi inglesi già designano come *arterio-capillary-fibrosis*.

Sopra un altro punto deve pure richiamare l'attenzione, e cioè sulla distinzione degli ipertesi in *pallidi* e *rossi*. Tale differenza verosimilmente deve mettersi in rapporto col fatto, che nella ipertensione, la cui diagnosi si fa in base agli sfigmomanometri che misurano solo la *pressione laterale* non sempre col grado di essa è in

pur senza comprendere in sè un sicuro definitivo momento patogenetico, considera il processo nel suo meccanismo di sviluppo e d'equilibrio abnorme, e può condurre ad indirizzi razionali d'indagine ed anche di terapia sintomatica.

Poichè si è soliti vedere nel contegno all'adrenalina da parte dei soggetti ipertesi un motivo contrario al una condizione neuro-umorale di tipo simpatico, il R. ha insistito nel porre in rilievo come la cosidetta insensibilità all'adrenalina (per via intramuscolare) offra in realtà i caratteri di una reazione ad orientamento inverso sui livelli abnormi della pressione, del volume e composizione del sangue circolante, della diuresi; e come questo modo particolare di reazione — anzichè contraddire all'impronta simpatica della sindrome — si possa mettere in rapporto con un quadro di per sè abnorme dell'individuo iperteso, che comprende uno spostamento di livello e di sensibilità di tutti gli equilibri neuro-umorali e che in buona parte corrisponde perfettamente ai mutamenti imposti da una condizione simpatico-adrenalinica *già attuata* (p. es. per opera dell'adrenalina stessa iniettata in un individuo normoteso a risposta positiva simpaticotonica). Superata questa difficoltà, le altre note biochimiche e funzionali parlano tutte e concordi per una condizione di tipo simpatico-vasocostrittore, secondo il modello dell'azione adrenalinica sulle arteriole e sul cuore.

Se poi si potesse ammettere — come vogliono alcuni autori che anche gli ipertesi rispondono positivamente all'adren. iniettata per vena, ed anzi con reazioni particolarmente vivaci, cadrebbe allora ogni motivo sostanziale di contraddizione anche nel campo delle prove farmacodinamiche. Tuttavia il R. ricorda le riserve già esposte sulla delicatezza di giudizio, oltrechè di applicazione, che limita il valore e l'applicabilità della prova endovenosa.

Data una siffatta interpretazione dello stato ipertensivo come fenomeno fisiopatologico, restano senz'altro definite la sede e la qualità del vizio circolatorio: il distretto vascolare cioè in cui si produce l'aumento delle resistenze periferiche, e il modo con cui i vasi si oppongono più del consueto all'inoltro del sangue spinto dal cuore verso la periferia.

Si tratta di un fenomeno arteriolare, di un fenomeno che almeno in primo tempo — e nei limiti reali della sindrome autonoma non complicata — ha significato attivo, funzionale: ipertonia e spasmo della parete muscolare delle arteriole, con adattamento attivo da parte del cuore che a sua volta può risentire influenze parallele dirette di tipo eccitante (ipertonia, ipercinesi del miocardio).

Tutte le nozioni attuali di fisiologia e di clinica portano concordi a questo concetto, che localizza nelle arteriole — e per eccellenza in quelle del distretto innervato dai n. splancnici — la sede ed il meccanismo dell'ipertensione da aumento delle resistenze periferiche, e ne considera i rapporti di fisionomia e di patogenesi con la regolazione neuro-umorale della pressione arteriosa. Con ciò — il R. insiste ancora in questo « distinguo » non si viene a toccare in modo obbligato il *primum movens* dell'affezione, il punto d'origine del momento vasocostrittore-ipertensivo; l'origine prima del disquilibrio può essere varia per sede e qualità, interessando l'uno o l'altro dei fattori metabolici, endocrini, nervosi, sanguigni, capaci di operare sul livello della pressione arteriosa, e la clinica tutta — come risulta anche dalla discussione nostra — dimostra l'importanza ed il predominio di un'impronta remota, endogena, tipicamente ereditario-costituzionale, che giustifica la tendenza individuale all'esagerata sensibilità e reattività dell'equilibrio vasomotorio in senso ipertensivo.

Se è vero che le sindromi di tipo clinicamente — epperò grossolanamente — accessionale sono quelle ch'è più facile attribuire ad un eccesso diretto positivo dell'azione adrenalinica, non possiamo affatto escludere che ogni stato d'ipertensione corrisponda per sè stesso ad un'abnorme sensibilità verso l'ormone tensivo, eventualmente per il concorso di fattori sinergici: sensibilità manifestantesi non in modo saltuario episodico, ma come fenomeno continuo duraturo, come azione « tonica ». Tale appare oggi, dai moderni studi sui n. pressorecettori e sui loro rapporti con i fattori umorali, l'opera dell'ormone surrenale nel mantenimento continuo costante della pressione arteriosa; e tale può essere il meccanismo patologico, per turbamenti qualitativi nel grado e nel ritmo dell'azione simpatico-adrenalinica.

Che nel ricambio intimo dei tessuti possano crearsi correnti di metaboliti ad effetto angiospastico-ipertensivo, come il Pende ha testè suggerito, è un'ipotesi più volte proposta sopratutto nella patogenesi delle manifestazioni distrettuali (p. es. crisi cerebrali ischemiche), ma potrebbe anche interessare il meccanismo generale della sindrome: gli studi del Müller sull'acidosi tissulare, ricordati dal R., parlerebbero in questo senso. Sulle nozioni attuali di fisiopatologia e di clinica del circolo, è però difficile pensare che un'azione siffatta possa svolgersi in altra sede e in altro modo dallo stato ipertonico-spastico delle arteriole sul tipo dell'azione simpatico-adrenalinica; i fenomeni funzionali ed organici a livello dei capillari non sembra abbiano importanza primitiva e concreta nel determinismo dell'ipertensione arteriosa, con riserva tuttavia per i rapporti recentemente intravisti fra ipofisi capillari e pressione (Schellong).

La varia partecipazione distrettuale del sistema nervoso vegetativo, ricordata dal Pende sopratutto per ciò che riguarda i frequenti segni d'ipertonia parasimpatica a carico dell'apparato digerente, aderisce strettamente con quanto il R. ha detto intorno all'interessamento parallelo di entrambe le vie vegetative nella regolazione neuro-chimica della pressione stessa, ed intorno ai fenomeni di « irradiazione » dalla « bilancia simpatico-parasimpatica » del circolo agli altri settori nervosi (Kisch). Anche al R. sono occorse osservazioni chiarissime di episodi spastici localizzati p. es. al colon distale in soggetti presentanti segni iniziali precoci di angiospasmo ipertensivo: l'esperienza sulle sindromi giovanili e sui sintomi satelliti del disquilibrio circolatorio servirà a porre in luce il significato di questi fenomeni, che del resto fanno contrasto con il più comune « silenzio » dei visceri digestivi ricordato dal Frugoni.

L'adattamento, o meglio la partecipazione del cuore all'ipertensione ha avuto opportuno rilievo nelle parole di Giuffré e Pende, con deduzioni terapeutiche: il Buccianti, nella Clinica di Milano, conduce ricerche elettrocardiografiche sulla risposta cardiaca all'episodio ipertensivo da

adrenalina, in confronto con il contegno offerto dai soggetti ipertesi il più possibile lontani dalle sequele arteriosclerotiche e miocardiche. La scarsa e tardiva ipertrofia del v. sin., ricordata da Frugoni e Schiassi e confermata dall'incostanza elettrocardiografica della prevalenza omonima, dimostra in fondo quanto il cuore sia capace di aumentare il proprio tono e la propria forza anche prima dell'ipertrofia del muscolo: e trova oggi un parallelo istruttivo nella sindrome sperimentale (nei cani) nella quale il Koch, secondo dichiarazione verbale fatta testè al R (Bad. Nauheim, X, 1932), ha notato con sorpresa la mancanza di ogni segno d'ipertrofia ventricol. sin. anche dopo un anno e più dall'inizio del quadro.

Nel quadro pletorico generale, e nei vari segni che dimostrano l'intimo rapporto fra equilibrio circolatorio e funzioni digestive, il fegato concorre certamente come fattore importante nel senso accennato dal prof. Sabatini, e può razionalmente indirizzare anche la terapia verso l'azione benefica delle restrizioni dietetiche, dei colagoghi, dei mezzi di cura contro i disturbi motori e secretivi dell'app. digerente: fra questi, secondo la ricca esperienza testè raccolta dal R. e da Bresadola (v. Acc. Med. Lomb., luglio 1932) merita rilievo il trattamento con il sottonitrato di bismuto ad alte dosi tipo Bensaude, che in realtà si rivela capace di una facile e notevole azione sedativa e — in secondo tempo — anche ipotensiva.

Il R. non esclude che le ricerche del Major e di altri, qui confermate dal Zappacosta, possano suggerire qualche rapporto tra le proprietà della ghiandola epatica e il vizio metabolico degli ipertesi; osserva però che finora la presenza della guanidina non sembra separabile dalle altre note biochimiche che sono proprie della tossicosi nefrosclerotica assai più che della sindrome ipertensiva, e ricorda l'evidente tendenza depressiva sul circolo che la clinica rileva in tutto il campo delle lesioni e disfunzioni epatiche. L'azione ipotensiva degli estratti di fegato, studiata anche di recente in America, s'accorda essa pure — in fondo — con l'orientamento clinico delle sindromi tossico degenerative epatiche: forse ha un significato in parte analogo l'influenza della fenilidrazina somministrata per os a piccole dosi nei soggetti pletorici ipertesi, secondo indagini attualmente in via di sviluppo per parte del R. e collaboratori (Rossi e Levi).

Tra fegato, apparato digerente, alimentazione, può forse trovar posto anche il fattore tossico-anafilattico ad azione ipertensiva, che tuttavia per la sua stessa rarità fa pensare ancora a particolari attitudini del terreno individuale in senso angiospastico: il caso riferito dal Serio conferma e precisa l'auto-osservazione del Bienstock, e pone in nuova diversa luce l'importanza del fattore alimentare.

Insistendo sull'importanza dei fattori meccanici nervosi e umorali a *sede endocranica* (capitolo VI), il R. ha voluto sopratutto richiamare l'attenzione e l'opera dei medici sulla frequenza e sul significato concreto di questi momenti nella genesi e nello sviluppo dell'ipertensione in genere, ed in particolare sulle manifestazioni nervose: le osservazioni riferite da Frugoni e Schiassi rappresentano già un contributo istruttivo, ed è convincimento ormai diffuso — in accordo con gli accenni fatti dal R. — che l'ipofisi con le sue complesse relazioni nervose ed ormoniche, corrispondenti ad influenze iper- ed ipotensive sul circolo, abbia parte effettiva in alcune sindromi d'ipertensione arteriosa, così come in vari disquilibri funzionali della circolazione arteriolo-capillare.

L'indagine sui fattori endocranici è giustificata praticamente non solo per la più esatta distinzione della fisionomia singola del processo, ma anche per un razionale indirizzo terapeutico che già oggigiorno sembra permettere qualche applicazione efficace: così il trattamento chimico-fisico (iniez. endovenosa di liquidi ipertonici, irradiazioni Roentgen sui plessi cardiaci secondo Besta e Mascherpa) contro l'idrocefalo vasomotorio, oltrechè l'azione meccanica effimera, non trascurabile in molti casi, della rachicentesi.

Le considerazioni svolte da vari OO. (Aresu, Condorelli, Volterra, Landolfi) sulle associazioni e sequele arteriolosclerotiche toccano il quesito dottrinario e pratico dei rapporti tra il vizio funzionale puro e le alterazioni anatomiche del sistema arterioso: se oggi non vi è, si può dire, discussione sulla realtà della sindrome ipertensiva come entità autonoma ed extrarenale, resta però sempre difficile segnarne i limiti concreti rispetto al vasto campo delle sclerosi vascolari e di quelle renali in ispecie. Lo studio delle fasi precoci, delle tendenze predisponenti, dei primi disquilibri neuro-chimici, su cui il R. ha più volte insistito, appare chiaramente nella sua importanza dai contributi di Schiassi, Meldolesi, Volterra.

Che l'evoluzione dalla sindrome funzionale alle sequele organiche avvenga fatalmente nel perdurare della malattia, se pur senza un ritmo obbligato, ha confermato il Frugoni. Fuori di questa successione, che corrisponde senza dubbio a gran parte dei comuni quadri combinati d'ipertensione e arteriosclerosi, il R. non crede sia lecito per ora stabilire altre fasi della malattia, p. es. una fase oscillante iniziale, regolarmente seguita da un periodo di stato con caratteri di fissità. Senza dubbio la sindrome ha impronta progressiva dopo un periodo di preparazione e di sviluppo, ma il carattere oscillante, talora schiettamente accessionale, sembra distinguere alcuni casi per un lungo decorso piuttosto che una fase comune iniziale, tosto seguita dallo stato permanente.

Vi sono casi palesi fin dall'inizio per l'impronta variabile, in genere con spiccate molestie subiettive e manifestazioni psico-nevrotiche, e casi latenti ignorati per lungo tempo. In questo senso, e ricordando ancora il discusso problema delle forme maligne, degli ipertesi rossi e degli ipertesi pallidi, il R. trova motivo di insistere sull'opportunità di considerare la malattia come *entità a fisionomia almeno in parte individuale*, suscettibile di definizione clinica in base a caratteri qualitativi e quantitativi che riguardano il caso singolo nella sua tara endogena, nel concorso di momenti esogeni e di fattori riconoscibili fra i vari modi di disquilibrio neuro-umorale del circolo, nella partecipazione funzionale e viscerale, nel ritmo evolutivo e nella suscettibilità terapeutica.

A. POZZI.

(*Continua*).

XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

L'inaugurazione.

Alle ore 9 del 19 ottobre, ha avuto luogo a Roma nella Sala della Biblioteca Medica al Policlinico Umberto I l'inaugurazione del XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Numerosissimi i congressisti rappresentanti tutte le regioni d'Italia, presenti tutti i direttori delle Cliniche Chirurgiche e degli Istituti di Patologia chirurgica del Regno, numerosissimi primari di Ospedali, aiuti e assistenti degli Istituti chirurgici.

Al banco della Presidenza siedono: S. E. l'on. Ercole, Ministro della Educazione Nazionale; il prof. Roberto Alessandri, clinico chirurgo di Roma, presidente del Congresso; l'on. Morelli, presidente del Sindacato Medico Fascista Nazionale; S. E. Spano, presidente dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma; il prof. Busi, preside della Facoltà Medica di Roma, anche in rappresentanza del Rettore S. E. l'on. Rocco; il generale medico Caccia per la Sanità Militare; il rappresentante della Sanità Militare Marittima e del Servizio medico dell'Areonautica; il sen. Guaccero e l'on. Fioretti, rappresentanti del Sindacato Medico; i vice presidenti della Società, proff. Giovanni Perez e Riccardo Dalla Vedova.

Il prof. ALESSANDRI, ricordato come la Società festeggi il cinquantesimo anniversario della sua fondazione, fa gli auspici per un lavoro fecondo del Congresso accennando alla copia dei contributi italiani alla chirurgia, che si sono imposti nell'ultimo decennio all'attenzione mondiale dei chirurgi per l'originalità delle ricerche, per la perfezione della tecnica chirurgica e per gli indirizzi nuovi portati alla chirurgia grazie specialmente all'intima collaborazione colla Società di Medicina Interna. Ricorda come i chirurgi italiani possano guardare con orgoglio al lavoro compiuto nel Decennale e che per i risultati si inquadra in quel vasto movimento innovatore della vita nazionale voluto ed attuato dal Fascismo e che oggi ci induce a guardare fiduciosi al futuro sotto la guida del Duce che giustamente può considerarsi nella Sua opera diuturna come il chirurgo che asportata la parte malata ridà la salute e plasma il nuovo corpo della Nazione.

S. E. l'on. ERCOLE con un alato discorso dichiara aperto il Congresso. Nella mattinata è stata svolta la prima Relazione.

I TEMA DI RELAZIONE

Le peritoniti acute.

Parte prima.

Clinica e terapia chirurgica delle peritoniti acute.

Conclusioni.

Prof. Sen. B. ROSSI (†) e Prof. R. FUMAGALLI (Milano), Relatori.

PARTE CHIRURGICA.

La Relazione, preceduta da una premessa, dettata dal compianto sen. Rossi, in cui è illustrato il piano di svolgimento, è divisa in due parti. Nella prima sono svolte, in vari capitoli, le nozioni di indole generale iniziando da quelle relative alla fisiopatologia del peritoneo; sono presi successivamente in considerazione l'assorbimento del cavo peritoneale (di liquidi e sostanze solubili, di particelle solide, di germi, di tossine) in condizioni normali e patologiche, la funzione di essudazione ed i poteri naturali di difesa del peritoneo, stabilite le correlazioni fra clinica e sperimentazione, sulla base delle ricerche compiute nell'Istituto.

Nel secondo capitolo, relativo all'eziopatogenesi generale, è chiarito il concetto di peritonite nel senso se si debba considerare peritonite solo quella di origine batterica e se si debba far posto anche alla cosidetta peritonite chimica; in seguito è studiata largamente la batteriologia delle peritoniti acute, sulla scorta del ricco materiale casistico avuto a disposizione. Pochi cenni sui punti di partenza delle peritoniti chiudono il capitolo.

Nel successivo sono esposte alcune note di anatomia patologica generale con speciale riguardo alle lesioni microscopiche ed alle azioni reattive a distanza sugli organi parenchimatosi (fegato, rene, milza, ecc.).

Seguono alcuni cenni di clinica in relazione alla varia fisionomia generale delle peritoniti acute — peritoniti tossiche, peritoniti purulente, peritoniti subacute, peritoniti parziali — e lo studio biologico dell'affezione, relativo alle modificazioni chimiche del sangue (riserva alcalina, cloruremia, azotemia), alle variazioni qualitative e quantitative degli elementi morfologici, allo stato della funzione renale ed epatica.

Nel capitolo della diagnosi sono prese in considerazione sopratutto quelle forme, comprese nella denominazione di pseudoperitoniti, mentre sono quasi trascurate le diagnosi differenziali più comuni.

In seguito sono rapidamente discussi i vari fattori di gravità e gli elementi su cui si fonda il giudizio prognostico.

Il capitolo del trattamento è svolto meno succintamente. Sono presi in considerazione i concetti generali di indicazione all'intervento, il trattamento preoperatorivo, il problema dell'anestesia, quello dell'evacuazione dei liquidi essudati, del lavaggio, del drenaggio addominale, della cura dell'occlusione intestinale ed il trattamento post-operatorio. Seguono altre considerazioni intorno alla sieroterapia.

La seconda parte del lavoro è dedicata allo studio delle singole forme di peritoniti acute, condotto essenzialmente da un punto di vista statistico, specialmente per quelle forme in cui il materiale fu più abbondante (peritoniti da appendicite, da perforazione gastrica, traumatiche, genitali) senza che siano trascurati i problemi più importanti e di particolare interesse chirurgico.

Così nel capitolo delle ulcere gastro-duodenali perforate è sviluppato sopratutto il problema del trattamento e degli esiti in relazione ai diversi metodi operatori adottati, in quello delle peritoniti da appendicite si è insistito sulla eziologia, sulla patogenesi e sulla cura, nelle peritoniti di origine biliare sul problema degli effetti del versamento di bile nel peritoneo e sulle questioni patogenetiche della cosidetta peritonite filtrante, nelle peritoniti enterogene non traumatiche (tifose, da perforazione di ulcera semplice del tenue, del colon, del diverticolo di Meckel, d'ulce-

razioni tubercolari o neoplastiche, da strozzamento d'ansa, da occlusione, ecc.) dei vari momenti eziologici e semiologici, nelle peritoniti acute pneumococciche e gonococciche, nel problema diagnostico e terapeutico

Seguono i capitoli delle forme più rare: peritoniti streptococciche urinose, post-operatorie.

Nello sovlgimento della relazione si è cercato sopratutto di mettere in rilievo la trasformazione che lo sviluppo clinico e terapeutico delle peritoniti acute ha subìto negli ultimi 30 anni ed i risultati veramente eccellenti che oggigiorno si possono raggiungere con una diagnosi sollecita ed un intervento tempestivo.

Parte seconda.

L'indagine radiologica nelle peritoniti acute.

Dott. L. MUCCHI (Milano).

PARTE RADIOLOGICA.

Si è sempre stati contrari a praticare l'esame radiologico sui peritonitici, come in genere in quasi tutte le forme acute gravi, perchè sembrava che il contributo che questo poteva dare non fosse tale da giustificare i pericoli, i disagi e i traumatismi inerenti all'esame stesso.

Il R., confortato anche dalle conclusioni ottimistiche di qualche Autore straniero che ha studiato questo argomento, il Laurell, il Westerborn ed altri, ha esaminato radiologicamente una forte percentuale dei peritonitici ricoverati in Clinica nel 1° semestre 1932, circa 80.

L'esame venne eseguito nella maniera più semplice e più rapida evitando ogni movimento attivo al paziente, usufruendo di un clinoscopio a motore col quale quasi sempre si potè anche sollevare il paziente in posizione semi-eretta. Non si sono così mai lamentati segni di malessere e di affaticamento da parte dell'ammalato nè di aggravamento alcuno. Dopo la visione radioscopica, estesa anche al torace, vennero eseguite una o due radiografie dell'addome. Naturalmente è stata proscritta la somministrazione di qualsiasi mezzo di contrasto ritenuta controindicata.

A conclusione di questo studio il R. afferma l'esistenza di una serie di segni, diretti ed indiretti, indicanti il processo infiammatorio peritoneale diffuso e circoscritto.

Fra i segni diretti:

visibilità radioscopica dell'essudato quando esso è in notevole quantità ed occupa tutta una parte dell'addome spingendo nell'altra le anse intestinali meteoriche,

visibilità, in qualche caso, della fluttuazione dell'essudato e dei suoi spostamenti verso le parti declivi dell'addome nei cambiamenti di posizione dell'ammalato;

imagini radiografiche di essudati scarsi, interposti fra le anse intestinali meteoriche e fra queste e la parete addominale, talvolta non diagnosticabili clinicamente; striscie opache, imagini stellari o cuneiformi più o meno spesse fra un'ansa e la parete addominale; pliche semilunari assai spesse e a forma di clava;

lume intestinale sempre rotondeggiante, non a forme poliedriche, come si riscontra nel meteorismo semplice diffuso.

Per le peritoniti circoscritte: imagine radiografica dell'ascesso rappresentata da una zona ovalare opaca circondata a semicerchio da anse intestinali meteoriche; deformazioni varie del cieco e dell'ascendente, contrastati dal gas, dovute a compressione da parte dell'ascesso e ad infiltrazione ed edema della parete intestinale.

Fra i segni indiretti:

l'ileo paralitico; l'infiltrazione edematosa delle pareti addominali svelata dalla scomparsa delle normali imagini radiografiche delle fascie muscolari e di grasso della parete stessa, e dalla scomparsa dell'imagine dei muscoli psoas; le alterazioni di posizione e di mobilità del diaframma; le reazioni pleuriche.

Studio particolare è stato dedicato dal R. alle peritoniti da perforazione. Il gas endoperitoneale è risultato quasi sempre riconoscibile; radioscopicamente quando è in grande quantità, meglio sulle radiografie quando è in quantità media, solo sulle radiografie quando è rappresentato da qualche piccola bolla. Il riscontro di questo gas ha un'importanza pressochè decisiva per la diagnosi di peritonite da perforazione. Tale riscontro è possibile già nelle prime ore dopo la perforazione, anche quando il gas non dà nessun segno clinico di sè. Nel sospetto di una perforazione può talvolta bastare a decidere la diagnosi una radiografia eseguita con apparecchio trasportabile a domicilio del paziente nelle prime ore dopo l'attacco doloroso.

Altri dati di notevole interesse per il chirurgo rivelabili dall'esame radiologico, illustrati dal R. sono:

riconoscimento di una raccolta di pus, non sospettabile clinicamente, formatasi lontano dal focolaio infiammatorio iniziale.

riconoscimento di calcoli appendicolari; riscontro di chiazze di gas in sede di un ascesso peritiflitico denotante presenza di germi gasogeni o di perforazione; dati questi interessanti per la decisione di trattamento chiuso o aperto della lesione:

possibilità di indicare qualche volta la situazione retrocecale dell'appendice; possibilità basata sulla scomparsa, assai frequente in questi casi, dell'imagine del muscolo psoas di destra;

possibilità di stabilire, mediante radiografie prese durante una lieve inspirazione, la fissità del ceco, a conferma della diagnosi di ascesso appendicolare;

localizzazione di raccolte saccate non individualizzabili clinicamente, formatesi nel periodo post-operativo in ammalati operati di peritonite acuta;

possibilità di stabilire il focolaio d'origine della peritonite basandosi sulla localizzazione dell'essudato e del meteorismo; su qualche segno indicante l'organo ammalato (calcolo appendicolare, cistifellea empiematosa, ecc.); sulla presenza e sulla sede di chiazze di gas endoperitoneale; sulla compartecipazione del diaframma e sulla sede di eventuali essudati pleurici;

notevole infine la possibilità di diagnosi differenziale basata sui caratteri radiologici particolari, specie fra le forme che più facilmente si confondono clinicamente con la peritonite acuta: occlusione meccanica, appendiciti e colecistiti acute semplici, polmonite.

Il R. si ripromette da una esperienza più estesa la conferma di alcuni punti e l'eventuale riscontro di altre maggiori possibilità. Illustra poi con la proiezione di numerose diapositive le conclusioni enunciate.

(*Continua*).

P. VALDONI.

XIV Congresso Internazionale di Fisiologia.

Il XIV Congresso Internazionale di Fisiologia, tenutosi a Roma dal 29 agosto al 3 settembre, ha riunito un numero imponente di studiosi, rappresentanti di 37 nazioni.

Gli iscritti sono stati circa 1100, gl'intervenuti circa 900, fra cui 200 signore, anch'esse in gran parte studiose di biologia. I gruppi più numerosi erano costituiti dagli americani, più di 200, dagli italiani, circa 200, e altrettanti tedeschi e austriaci, 90 fra inglesi e scozzesi.

Nessuno dei Congressi precedenti, se si eccettua quello di Boston, nel quale il numero degli americani fu grandissimo, contò un così grande numero di partecipanti. Segno non dubbio dell'interesse con cui il mondo degli studiosi segue il continuo progresso del nostro Paese.

Le sedute scientifiche si sono svolte negli Istituti Universitari di Chimica, Chimica farmaceutica, Fisica, Botanica e Fisiologia generale, scelta felicissima, che ha permesso di disporre di un numero sufficiente di aule, fra loro vicine, cosicchè i congressisti, informati a mezzo di speciali apparecchi segnalatori dello svolgimento dei lavori nelle singole sezioni, potevano facilmente trasferirsi in quelle dove venivano discussi argomenti che li interessavano.

Anche negli stessi istituti si sono svolte le dimostrazioni, mentre nel cortile dell'istituto di chimica erano impiantati gli Uffici del Congresso, una esposizione di apparecchi scientifici italiani ed esteri ed una mostra libraria.

La seduta inaugurale ebbe luogo in Campidoglio, nella Sala di Giulio Cesare, sotto la presidenza di S. E. il Capo del Governo. Dopo il saluto del Governatore di Roma e del prof. Herlitzka, presidente della Società Italiana di Biologia Sperimentale, il prof. Bottazzi, presidente del Congresso, mise in evidenza la grandiosità di questa riunione di fronte a tutte le precedenti.

Il discorso inaugurale fu tenuto dal prof. Hill, dell'University College di Londra, il quale trattò il tema della « Produzione di calore nei muscoli e nei nervi ». È attualmente possibile ammettere che in una frazione di tessuto vivente composto di nervi e di muscoli, le differenze di potenziale elettrico osservate nel corso del lavoro sono attribuibili a mutamenti della concentrazione ionica. Il calore che si sviluppa durante la contrazione sarebbe il risultato di uno spostamento jonico che si verifica nella preparazione neuro muscolare, nella quale è possibile registrare delle correnti elettriche di diffusioni. Si può così concepire che la conoscenza approfondita dei processi elementari che regolano le risposte del nervo e del muscolo possa portare ad uno studio fisico-chimico delle reazioni prodotte in questi tessuti durante la loro vita organica.

Il magnifico discorso del prof. Hill mise in evidenza la finezza dei procedimenti tecnici ai quali la fisiologia è pervenuta, finezza di metodi che ha permesso all'O. di misurare le piccolissime quantità di calore sviluppate dai nervi durante l'applicazione della loro attività.

S. E. il Capo del Governo, dopo essersi felicitato con gli oratori per le brillanti conclusioni dei suoi lavori, portò ai Congressisti il saluto del Governo e della Nazione e fece voti per la piena riuscita dei lavori del congresso, rivolti al progresso della scienza e della civiltà umana. Le parole del Capo del Governo furono coronate da una entusiastica acclamazione.

I lavori del Congresso si sono svolti in 4 sezioni e in 29 sedute. Delle 450 comunicazioni presentate al Congresso, oltre 400 sono state lette e discusse; delle 29 sedute, 14 sono state dedicate ad argomenti di fisiologia fisica, 12 ad argomenti di fisiologia chimica, 1 alla fisiologia vegetale, 1 alla fisiopatologia e 1 alla farmacologia.

Importanti discussioni si sono svolte sul metabolismo dei muscoli, specie sui fenomeni chimici e fisico-chimici che si svolgono durante la contrazione muscolare, sui quali le recenti ricerche di Embden, di Qundsgaard, ecc. hanno portato una vera rivoluzione. Mentre l'acido lattico era finora ritenuto la causa dell'accorciamento del muscolo, oggi gli si attribuisce la funzione opposta, mentre si fa risalire all'ammoniaca, che si libera per la scissione del fosfagene, l'origine dell'accorciamento. D'altra parte si profila l'importanza dell'attività jonica, specialmente dei protassioni nella termodinamica della contrazione.

Interessanti discussioni si sono svolte sull'importanza degli enzimi nel metabolismo, specialmente degli aminoacidi, sui problemi relativi alla cinetica e alla chimica degli enzimi.

Notevoli fra le comunicazioni, quella di Szent-Gyorgyi sulla natura chimica della vitamina C, che egli identifica con l'acido esauronico; quella di Bethe sulla cosidetta plasticità del sistema nervoso nei mancini e noi normali; di padre Gemelli sulla natura fisica delle vocali; di Donaggio sulla influenza della età e della temperatura sulle cellule nervose; di Lapique sulla metacronosi, termine con il quale propone di indicare i cambiamenti di cronassia dei muscoli e dei nervi; della Stern sul problema del sonno; di Zawadowsky sul metabolismo degli ormoni; di Mac Callum sull'origine della emoglobina; di Mazza su un nuovo acido biliare; di Kato sui riflessi inibitori ed eccitatori studiati sulla fibra nervosa isolata.

V. Henderson, trattando sul controllo chimico del respiro, ha riferito sul meccanismo d'azione delle piccole sottrazioni di ossigeno nell'aria inspirata e sulle applicazioni pratiche che ne derivano (inalazione di anidride carbonica nei casi di asfissia da ossido di carbonio, asfissia dei neonati e asfissia dopo narcosi prolungate).

S. Baglioni ha esposto in riassunto i risultati delle ricerche fatte da lui e dalla sua scuola nei vari campi della fisiologia, specie degli organi di senso, dei centri nervosi e del sistema cardio-vasale, allo scopo di differenziare i diversi meccanismi secondo il modo di reagire alla stimolazione con sostanze chimiche dotate di azione speciale ed elettiva.

A. Choay ha trattato della persistenza delle proprietà biologiche di ghiandole esocrine ed endocrine dopo fissaggio.

A. Danielopolu e J. Marcu hanno riscontrato un antagonismo evidente tra il vaso ed il simpatico per ciò che riguarda l'innervazione dei bronchi, predominando nel primo le fibre broncocostrittive e nel secondo quelle broncodilatatrici.

C. Schmidt e S. Miyamoto hanno riferito sui risultati di ricerche chimico-fisiche su soluzioni di proteine e di aminoacidi ed hanno trattato della formazione di più complessi fra metalli alcalini e alcalino-terrosi e determinate proteine.

G. Quagliarello ha riportato la dimostrazione sperimentale della esistenza della lipasi del tes-

suto adiposo e ne ha esposto le condizioni di attività.

M. Camis e Lorenzati hanno esposto le loro osservazioni condotte allo scopo di accertare se la pressione toracica negativa si modifica quando varia la pressione atmosferica.

O. Kestner ha prospettato l'ipotesi che la diversa capacità di rigenerazione degli organi dipenda dalla intensità dei processi proteolitici.

P. Abderhalden ha riferito di essere riuscito ad isolare una proteasi non dimostrabile con gli usuali metodi e che va tenuta differenziata dalle altre note, come la pepsina e la tripsina; inoltre ha riconosciuto nell'organismo animale la presenza di un fermento di difesa capace di scindere i disaccaridi, in seguito ad introduzione di zucchero di canna e di latte.

P. Marfori e G. De Nito hanno descritto le proprietà chimiche dell'estratto attivo delle ghiandole linfatiche, per cui esso può essere ritenuto una base organica azotata quaternaria. Le azioni biologiche di questa base corrispondono a quelle degli estratti totali di gangli linfatici ad azione antagonista a quella dell'adrenalina. Perciò il principio attivo isolato deve considerarsi come un ormone ipotensivo.

C. Heymans e J. Barckaert hanno comunicato i risultati delle loro ricerche sulla sensibilità riflessogena della zona cardio-aortica e del seno carotideo alla pressione sanguigna e agli agenti chimici. Hanno rilevato che la regione del seno carotideo è zona vasosensibile analoga a quella cardio-aortica. L'eccitazione meccanica o elettrica dei nervi vaso-sensibili del seno carotideo (nervi di Hering e de Castro) determina, secondo l'intensità dello stimolo, inibizione o eccitazione del centro respiratorio.

E. Zunz e J. La Barre hanno esposto i risultati delle loro ricerche sull'azione della tirosina e della tiroglobulina, sulla secrezione adrenalinica, con le quali hanno messo in evidenza un'esagerazione della secrezione adrenalinica che persiste più o meno a lungo a seconda della dose iniettata. A dosi già relativamente elevate la tirosina e la tiroglobulina determinano una iper-adrenalinemia che origina a sua volta una iperinsulinemia compensativa. Inoltre, a dosi molto forti, queste sostanze esagerano direttamente la secrezione insulinica.

De Wach e Vanderveld hanno riportato i risultati dei loro studi sulle proprietà anafilattizzanti delle nucleine.

Brull fece una dimostrazione del metodo dei reni intercalati simultaneamente nella circolazione di un cane controllo e di un cane in esperimento senza arresto della circolazione renale.

Altre due conferenze, oltre quella inaugurale di Hill, furono tenute in seduta plenaria.

Una del prof. Paulov sulla fisiologia dell'attività nervosa superiore, l'altra del prof. Karrer sul carotene e vitamina A.

Ai Congressisti fu offerto un ricevimento al Campidoglio dal Governatore di Roma. Essi furono inoltre invitati a visitare il Campo Dux, il Foro Mussolini, Ostia mare, la villa Adriana e la villa d'Este.

Dopo l'ultima seduta scientifica i Congressisti furono ricevuti da S. S. Pio XI che, rispondendo ad un indirizzo letto dal prof. Bottazzi, si compiacque di ricordare gli anni sui migliori dedicati alla scienza pura.

Il prossimo Congresso (1935) sarà tenuto in Russia.

A. POZZI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 6 ottobre 1932 - X.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Auroterapia della tubercolosi.

Prof. G. F. CAPUANI. — L'O. ritiene che l'inesatta conoscenza dei princìpi teorici dell'auroterapia ha fatto sì che per il passato l'applicazione clinica fosse condotta con criteri errati causando spesso dei danni che hanno alienato molti medici da tale sistema terapeutico. Una più esatta concezione dei princìpi teorici può permettere una più razionale applicazione clinica di un metodo di cura che rappresenta, con assoluta sicurezza, un nuovo grande acquisto per la lotta contro l'infezione tubercolare.

Svolge quindi tutto il dottrinale che sta alla base dell'auroterapia, senza trattare della parte clinica.

Linfogranuloma del mediastino.

Prof. P. PIETRA. — La presenza di una reazione di Wassermann positiva poteva prospettare il dubbio della natura luetica dell'affezione stessa. Vagliati i varii argomenti emersi dall'indagine e dagli esami del paziente nonchè dall'esito della cura specifica negativa, conclude per un linfogranuloma maligno del mediastino.

Discussione: prof. MEINERI.

Prof. P. A. MEINERI — Presenta un caso di *fibromatosi multipla di Recklinghausen.*

Per la diagnosi di placenta completa.

Dott. A. OLIOLI. — L'O., passati in rassegna vari metodi per la diagnosi di placenta completa, s'intrattiene sulla prova chimica di Rübner, della quale ha controllata l'utilità. Riferisce inoltre di aver ottenuto gli stessi ottimi risultati con una soluzione di acido tricloroacetico. Consiglia pertanto, nei casi dubbi, a corredo d'ispezione, questi due metodi chimici, per la loro sicurezza, praticità e semplicità.

Reperto radiologico di "vertebra d'avorio,, in paziente affetta da carcinomatosi della cute con metastasi ossea diffusa.

Dott. E. GIUBERTONI. — L'O. dopo aver ricordato i principali rilievi anatomopatologici e quelli radiologici che caratterizzano la « vertebra d'avorio », riassume le più accreditate ipotesi circa il meccanismo della sua genesi, presenta un nuovo reperto di eburneazione vertebrale, osservato in una paziente, attualmente affetta da carcinosi localizzata alla cute del torace, e da carcinosi osteo-plastica diffusa alle ossa del bacino ed alle metafisi femorali; lesioni secondarie a carcinoma della mammella destra, già asportato sei anni fa.

Per quanto riguarda l'etiopatogenesi dell'iperostosi vertebrale riscontrata nel suo soggetto, l'O. ritiene che, con grande verosimiglianza, anche per essa il fattore principale debbasi ricercare in un processo di metastasi ossea tumorale, a tipo osteoplastico, probabilmente favorito da un alterato metabolismo calcico.

Dott. A. PETTERINO PATRIARCA. — *Sulla tonsillectomia alla Sluder-Ballenger.*

Dott. A. PETTERINO PATRIARCA. — *Cisti dermoide della mastoide.*

Il Segretario: dott. LUIGI FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Ipoglicemia spontanea come causa di disturbi nervosi periodici.

A. Ramsbottom e G. Eastman (*British med. journ.*, 7 maggio 1932) descrivono un caso in cui si presentava una serie di disturbi nervosi: accessi di lipotimia, con o senza perdita di coscienza, confusione, disorientamento, mancanza di riflessi patellari, con positività del segno di Babinski; pupille con anisocoria e con Argyll-Robertson. La neurolues poteva essere esclusa, mentre si aveva, durante l'attacco, ipoglicemia (0,46/1000). Con la somministrazione di glucosio, aumentava la glicemia e miglioravano i sintomi. In un altro accesso, si ebbe 8,28/1000.

Con la laparotomia esplorativa, non si trovarono anomalie del pancreas, ma una colelitiasi ed un'appendicite cronica.

Gli AA. ammettono che il disturbo funzionale del pancreas, l'iperinsulinismo, era determinato in via riflessa dalla cistifellea infetta. Poichè si ammette che l'insulinismo transitorio può determinare scomparsa dei riflessi patellari e comparsa del fenomeno di Babinski, si deve pure ammettere che l'iperinsulinismo permanente, per azione sul midollo e sul cervello medio, abbia come conseguenza queste anomalie, il fenomeno di Argyll-Robertson e la disartria. Da rilevare inoltre che, nel caso degli AA., ai sintomi organici sembravano aggiungersi di quelli isterici. *fil.*

Le forme emiplegiche della meningite tubercolare infantile.

Passate in rassegna le varietà di decorso delle forme emiplegiche della meningite tubercolare, P. Stefanini (*La Pediatria del Medico Pratico*, giugno 1932), riporta tre casi, da lui osservati nella R. Clinica Pediatrica di Bologna, di emiplegia tipo spastico, terminata con il quadro della meningite basilare. Più particolareggiata trattazione fa del secondo di questi casi, nel quale si ebbe a riscontrare alla necroscopia un enorme tubercoloma in corrispondenza dei nuclei della base. C. NERVI.

Polinevrite associata ad orticaria.

S. B. Boyd Campbell e R. S. Allison (*The Lancet*, 30 luglio 1932) riferiscono il caso di un giovane falegname, colpito da un'eruzione orticarioide, che recidivò più volte, ad intervalli, in varie parti del corpo.

Il paziente, poco dopo il primo attacco di orticaria, incominciò a sentirsi fiacco, intorpidito, notò diminuzione notevole della forza, e tumefazione delle gambe.

Anamnesi familiare: un fratello sofferente d'asma bronchiale. Anamnesi personale: i disturbi insorsero per la prima volta mentre il paziente era occupato a riparare mobili e pavimenti di legno, in una vecchia casa.

L'esame clinico indusse gli AA. a diagnosticare una polinevrite, con disturbi di moto e di senso, sopratutto a carico degli arti inferiori, in cui i reflessi patellari e gli achillei erano completamente spenti.

Molto lentamente, dopo quasi un anno di malattia, il paziente si avviò a guarigione.

Non fu possibile identificare la causa della nevrite; gli AA. la associano etiologicamente all'orticaria, la cui origine però, dichiarano altrettanto sconosciuta. Infatti la prova con reattivi cutanei proteici, riuscì negativa.

Esclusivamente sulla base della successione cronologica delle due forme morbose, gli AA. credono di poter considerare l'orticaria e la polinevrite come entrambi anafilattiche. Le loro conclusioni si avvicinerebbero perciò a quelle di Allen (*Lancet*, 1931, 2°, p. 1128) che parla di complicazioni nervose della malattia da siero, ed il caso, da loro descritto, sarebbe paragonabile al caso di Mackay (*Lancet*, 1932, 1°, pag. 777) in cui, ad un edema angioneurotico, si aggiunse una paralisi dei muscoli estensori dell'avambraccio, con esito in atrofia. M. COPPO.

Il dolore intermestruale.

La causa di questa manifestazione, che è piuttosto rara, non è sempre evidente. F. Eberhart (*Med. Welt*, 20 febbr. 1932) ritiene che esso sia in dipendenza dell'ovulazione, che si compie appunto in tale periodo. Le donne che ne sono colpite possono spesso precisare e prevedere il giorno in cui esso si manifesta.

In alcuni casi, si può rilevare, con la sonda, una spiccata sensibilità della cavità uterina. Con tutta probabilità, quando il dolore è forte esso è dovuto a qualche alterazione patologica, talora processi ooforitici o periooforitici oppure salpingo- o perisalpingitici. In parecchi casi, si ha una notevole ipersensibilità.

Nei casi leggeri si può anche pensare all'iperfunzione delle ghiandole endocrine (lobo anteriore dell'ipofisi, tiroide, ovaia), ma l'A. è indeciso se in tali casi si possano usare con vantaggio i preparati opoterapici.

Per quanto riguarda il trattamento, è evidente che le eventuali malattie ginecologiche vanno trattate adeguatamente. Durante l'accesso, iniezioni di narcotici (pantopon) ed applicazioni di preparati di belladonna. Nei casi gravi, riposo assoluto in letto ed impacchi caldi. Importante, nel periodo in cui si hanno tali dolori, curare la defecazione (eventualmente somministrazione di sali di Karlsbad). Utile è anche la psicoterapia; in alcuni casi, però, qualunque trattamento risulta inefficace. *fil.*

Il dolore rettale ed anale.

C. Smith (*American medicine*, luglio 1932) osserva che la funzione del retto è quella di organo di eliminazione; quindi, i processi morbosi di tale parte provocano sintomi che riguardano la defecazione, oltre a quelli che derivano da disturbi secretori delle ghiandole rettali e che si manifestano con aumento di secrezione mucosa.

Meno comune è il dolore; il retto è sprovvisto di nervi sensitivi, ma può risentire una specie di dolore, di carattere somatico, a tipo di crampi, dovuto alla tensione dei nervi somatici dell'organo. Si possono tagliare le pareti rettali senza determinare dolore, ma la trazione sui suoi nervi simpatici provoca subito dei dolori a tipo di crampo; una sensazione analoga è data dalla distensione intestinale dovuta ad accumulo di feci. Tali crampi possono aversi come sintomo tardivo di un processo maligno e si hanno anche nei processi ulcerativi della mucosa (dissenteria amebica, colite ulcerativa, proctite tubercolare). Un paziente che accusa dolori vaghi al retto va studiato accuratamente ed è proprio l'assenza e la comparsa tardiva dei dolori che permette la diffusione del carcinoma.

La presenza di un vero dolore rettale indica una compartecipazione dei tessuti anali. Un paziente con emorroidi interne prolassate, che si lamenta di dolori al retto va esaminato per ricercare se vi è infiammazione delle cripte anali. Queste strutture delicate sono fatte a forma di tasche con l'apertura diretta in alto al disopra dell'unione del retto con l'ano. Esse vengono facilmente traumatizzate da materiali duri delle feci e si infettano facilmente; la criptite simula spesso la ragade e, per questo, è chiamata anche la « ragade fantasma ».

Tipico è il dolore della ragade, in connessione con i movimenti intestinali, di intensità varia secondo gli individui. Talvolta, se non si fa un esame accurato, si scambia il dolore della ragade per quello di emorroidi esterne trombotiche, in cui, però, il dolore pure essendo grave è continuo e non in rapporto con i movimenti intestinali. L'inizio può essere brusco, in conseguenza di un colpo di tosse o dello sforzo di defecazione; una delle pareti venose si lacera e lascia passare un coagulo sanguigno che preme sulle terminazioni nervose.

La trombosi massiva delle vene emorroidarie superiori (emorroidi strozzate) provoca un dolore acuto e continuo. Probabilmente, però non si tratta di vero strozzamento, ma di un'infezione massiva che provoca una condizione spastica dello sfintere esterno.

Possono pure provocare dolori: i corpi estranei (scheggie d'osso, che possono essere punto di partenza di ascessi ischio-rettali), ascessi pararettali e fistole. *fil.*

Differenziamento dei punti dolorosi addominali.

F. G. Avierinos (*Marseille médic.*, 5 aprile 1932) consiglia un metodo per dissociare un certo numero dei punti dolorosi che si riscontrano sull'addome.

L'*antipirina* fa scomparire quelli di origine celiaca; non agisce su quelli appendicolari, gastro-duodenali, della cistifellea.

L'*oppio* calma la maggior parte dei dolori, ma agisce in modo elettivo su quello vescicolare; talvolta lascia intatti i gastro-duodenali ed attenua senza sopprimerli quelli appendicolari.

La *belladonna* agisce elettivamente sui dolori gastro-duodenali, mentre è di azione infedele nelle lesioni appendicolari o vescicolari.

Il *caldo* sopprime i dolori epatici, esagera in generale i punti appendicolari e resta senza effetto sui gastro-duodenali. Il *freddo* calma i dolori appendicolari, ma non agisce nè sui gastro-duodenali, nè sui punti vescicolari.

In presenza di un malato con punti dolorosi addominali, si somministra un clistere evacuatore poi, secondo i casi un clistere (da tenersi!) con antipirina (g. 1,50 in 150 di acqua) o di laudano (gocce XXV in 150 cmc.) o di estratto di belladonna (cg. 5 in 150 cmc. di acqua).

Si osservano poi le modificazioni dopo 1/2 ora-un'ora. L'azione del freddo si rileva dopo 6 ore dall'applicazione di un cataplasma di linseme rinnovato ogni ora. I clisteri con le sostanze accennate si somministrano successivamente un giorno dopo l'altro.

Il metodo, secondo l'A. sarebbe utile anche per i casi cronici. *fil.*

La miscela di Sicard in iniezione intrarachidea nel trattamento del dolore.

Van Erps (*Le Scalpel*, 20 agosto 1932) propone di sostituire nella tecnica di Dogliotti per la neurolisi chimica intrarachidea delle fibre sensitive, la miscela di Sicard (alcool, mentolo, novocaina) all'alcool a 94°, con il vantaggio di rendere più breve la sensazione di bruciore (10'-15') che il malato avverte in corrispondenza della regione dolente subito dopo l'iniezione. In sei casi così trattati, non si ebbero mai paresi o paralisi: solo pesantezza agli arti inferiori o superiori, a seconda della regione alcoolizzata e che scomparve del resto in 3-4 ore. Furono notate variazioni dei riflessi. Non sono mai stati osservati quei disturbi (vivi dolori articolari, rachialgia) che Dogliotti ha visto comparire qualche ora dopo l'iniezione di alcool puro e durare fino a qualche giorno; ma solo qualche nausea e un po' di cefalea.

La tecnica usata è identica a quella descritta da Dogliotti. Poichè anche la miscela di Sicard è più leggera del liquor c. s., si fa anche

con essa decombere il malato sul lato sano in posiz. lievemente ventrale. La quantità optimum è di 8/10 di cc. PUDDU.

Osservazioni sulla cura della nevralgia del trigemino.

W. Harris (*The British Medic. Journ.*, 16 luglio 1932) da vent'anni si occupa di questo argomento ed è portato da un'esperienza di parecchie centinaia di casi a dichiarare che l'iniezione del ganglio di Gasser è superiore a qualsiasisi altra cura. Nella gasserectomia c'è sempre il pericolo di morte o di disturbi nervosi consecutivi a compressione cerebrale. La modificazione portata all'operazione da Hutchinson dà essa pure forte mortalità: 4 %.

Prima di ricorrere all'operazione bisogna tentare di iniettare il ganglio perchè quest'intervento non dà mortalità, mentre la statistica di Frazier dà colla gasserectomia una mortalità del 0,37 %.

L'iniezione del ganglio ha anche il beneficio di potersi fare anche ambulatoriamente, basta poi coprire l'occhio dal lato anestetizzato per 3-4 settimane.

L'A. sconsiglia l'anestesia generale. Egli fa, 3/4 d'ora o 1 ora prima, un'iniezione di scopolamina con morfina, qualche volta seguita da una seconda proprio al momento di cominciare l'alcoolizzazione. Localmente, anestesia alla novocaina. Così il paziente è in grado di indicare quando è raggiunto il trigemino e se ne ha conferma iniettando subito qualche goccia di novocaina per l'anestesia del labbro inferiore, del mento e della lingua, che si ha rapidamente.

L'iniezione di alcool va fatta molto lentamente; l'anestesia del trigemino procede contemporaneamente, quando si rende anestetica la branca superiore il paziente avverte sensazione di corpo estraneo nell'occhio e sulla fronte.

Bisogna sempre avere l'avvertenza di aspirare coll'ago prima di iniettare per accertarsi che non si estragga liquido cerebrospinale.

A volte l'anestesia non è completa o scompare rapidamente (pochi minuti) e allora bisogna rimettere l'ago in buona posizione perchè è segno che non è penetrato nettamente nel ganglio.

Se c'è dolore solo nel campo della terza branca del trigemino, basta iniettare solo questa branca e non il ganglio.

C'è sempre possibilità di ricomparsa della nevralgia incompleta e questo può avvenire anche a lunga scadenza (anche 10 anni dopo). Recidive si hanno anche colla gasserectomia incompleta di Hutchinson e con quella per via subcerebellare.

Se, nonostante la protezione dell'occhio, compare cheratite, si faccia subito la tarsorrafia.

La distruzione parziale del ganglio o della radice sensitiva non è cura certa e permanente della nevralgia; ma l'anestesia totale del ganglio può dare gravi conseguenze per l'occhio. Per questo quando la nevralgia è limitata alla 3ª branca del trigemino si inietteranno solo i due terzi esterni del ganglio.

Se la nevralgia interessa solo la seconda branca oppure prima e seconda, si avrà cura di iniettare solo la porzione interna del ganglio.

In due casi di nevralgia limitata alla seconda branca l'A. ha iniettato il terzo medio del ganglio. R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

L'ematinemia come sintoma dell'anemia perniciosa.

La presenza di ematina nel siero di sangue, rileva K. Bingold (*Klin. Wschr.*, 20 agosto 1932), è un sintomo patologico nell'uomo, di valore diagnostico non trascurabile. Tra le varie forme di anemia esso è caratteristico dell'anemia perniciosa: un reperto negativo non esclude la diagnosi, ma uno positivo è quasi patognomonico, in una forma anemica, per la malattia di Biermer. Pare che l'epatoterapia faccia diminuire e scomparire l'ematina dal sangue. Inoltre si riscontra ematinemia tra le malattie infettive nella malaria e nelle sepsi da anaerobi, nell'atrofia giallo-acuta del fegato, nell'eclampsia gravidica, in avvelenamenti da sostanze chimiche (fosgene, acido cromico, clorato di potassio, nitrobenzolo, idrogeno arsenicale, nitrofenolo, acetanilide, p-fenilendiamina, ecc).

Il siero contenente ematina ha già a prima vista una colorazione bruno-giallastra facilmente distinguibile da quella prodotta dalla bilirubina. Ma soltanto l'esame spettroscopico può con sicurezza far stabilire la presenza della sostanza. Si ignora attraverso quale meccanismo si abbia la formazione dell'ematina: pare che l'emolisi non vi abbia nulla a che fare e sembra che la milza non sia l'unico organo a ciò interessato.

In alcuni animali, al contrario che nell'uomo, la presenza di ematina nel siero, è un reperto normale (cane, uccelli).

PUDDU.

La curva biologica dei leucociti come indice del decorso delle malattie.

V. Schilling (*Med. Klinik*, 4 marzo 1932) richiama l'attenzione sul fatto che, quando si iniziò lo studio del quadro leucocitario sanguigno, si ammetteva che alcuni germi patogeni producessero delle modificazioni tipiche, come la monocitosi per la malaria. Si riconobbe poi che le modificazioni del quadro leucocitario sanguigno sono dovute a particolari reazioni dell'organismo malato. Si trovò quindi che durante lo stadio progressivo della ma-

lattia, predomina la neutrofilia, al tempo della crisi la monocitosi e durante la convalescenza vi è un aumento di linfociti e di eosinofili. Queste tre fasi corrispondono alle reazioni dei tre sistemi di difesa dell'organismo, cioè: il midollo osseo, il sistema reticolo-monocitario e quello linfatico.

L'A. riporta come esempi la malaria provocata artificialmente e discute il significato della curva nelle affezioni ostetrico-ginecologiche. Durante un parto normale, la curva presenta l'aspetto di un'infezione leggera o di un lieve trauma. Notevoli modificazioni si hanno nei processi settici puerperali: se l'infezione assume un decorso maligno, si ha un aumento notevole dei neutrofili, che non è interrotto da interventi chirurgici.

L'A. mostra il significato della curva leucocitaria in diverse malattie infettive e combatte l'opinione che tale esame sia troppo specializzato: esso invece è da considerarsi come un vero esame al letto del malato che può dare utili indicazioni per la terapia. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Il problema etiologico della scarlattina.

Meersemann (*Journ. de médecine de Lyon*, 1932, n. 290) osserva che il problema etiologico della scarlattina si dibatte oggi fra lo streptococco ed il virus filtrabile.

L'*eziologia streptococcica* si basa sul reperto quasi costante di uno streptococco emolitico in cultura quasi pura nella faringe degli scarlattinosi, nonchè su altre prove: agglutinabilità, potere patogeno sperimentale, produzione di tossina, con cui si provoca la reazione di Dick, si eseguisce la vaccinazione preventiva e si allestiscono dei sieri terapeutici. Lo streptococco agirebbe, secondo gli uni (G. e H. Dick), provocando una tossiemia analoga a quella difterica, secondo altri (Dochez) producendo tossine vere ed allergine ed esercitando la sua azione soltanto su organismi specificamente sensibilizzati.

L'esistenza dello streptococco viene però messa in dubbio, mentre quella del *virus filtrabile* sembra dimostrata mediante la riproduzione della malattia con prodotti scarlattinosi filtrati. Il virus sarebbe veicolato dallo streptococco, il che spiegherebbe il potere patogeno delle colture, come pure l'agglutinabilità; secondo Cantacuzène, quest'ultima può essere conferita ad uno streptococco qualsiasi, per contatto della coltura con prodotti scarlattinosi filtrati.

Nessuna delle due teorie è però soddisfacente: forse si tratta dell'azione combinata dello streptococco con un virus filtrabile, ancora ignoto.

Dal *punto di vista pratico*, si è anzitutto tentato di sostituire la profilassi mediante l'isolamento quarantenario con il controllo batteriologico dei convalescenti, metodo però non ancora abbastanza sicuro.

Si vengono poi praticando la *vaccinazione preventiva* (con la tossina dello streptococco scarlattinoso, o la relativa anatossina) e la sieroterapia mediante sieri ottenuti con l'iniezione della tossina streptococcica. Il metodo sembra efficace nella sindrome tossica iniziale, ma è senza azione sulle complicazioni dichiaratesi. *fil.*

Asessualizzazione del plasmodio nella malaria inoculata.

Un ceppo asessuale di parassita malarico evita la possibilità di ulteriore trasmissione per mezzo delle zanzare e preclude ogni recidiva dopo somministrazione di chinino.

V. Kopeloff, N. Blackmann e B. Mc Ginn (*The Americ. Journ. of the Medic. Scienc.*, agosto 1932), hanno cercato di asessualizzare il plasmodio mediante successivi passaggi sull'uomo. Dopo 7 mesi il parassita aveva cominciato a perdere la sua capacità di produrre gametociti e per nove mesi consecutivi si vide che questo fatto era più evidente nelle donne che negli uomini. Dopo 2 anni e mezzo la capacità di produrre forme sessuate scomparve completamente, il che non impediva di continuare a dare sviluppo al parassita malarico mediante inoculazione da uomo a uomo, mentre rendeva possibile l'ulteriore sviluppo attraverso la zanzara.

VARIA.

Medico d'ospedale e libero esercente.

Il professore Abrami, uno dei medici più noti di Parigi, ha fatto questa acuta osservazione sul valore pratico del medico:

« Il medico d'ospedale che non avesse clientela particolare sarebbe un pessimo medico pratico. È molto semplice. Le malattie si dividono in due categorie ben distinte: le malattie organiche e i disturbi funzionali. La malattia organica è la lesione grave d'un organo; il disturbo funzionale non è che lo stato d'inferiorità d'un organo sano. Ora, all'ospedale non si vedono che malattie organiche, perchè non si va all'ospedale per una emicrania ma per un tumore al cervello o per un'ulcera del duodeno. Nella clientela particolare invece s'incontrano sopra tutto disturbi funzionali. Su cento malati, novantacinque soffrono di tali disturbi e, su questo novantacinque, ottanta sono donne. Esse hanno più tempo degli uomini per allarmarsi d'una digestione faticosa o d'un intestino pigro. Quindi un medico che non curasse se non lesioni gravi finirebbe con l'abituarvisi talmente, da correr rischio d'ingannarsi poi in una diagnosi di disturbo funzionale ».

(*Il Giardino d'Esculapio*, ottobre 1932).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARZANÒ (*Como*). — Concorso per titoli ed esami: scadenza ore diciotto del 30 novembre 1932. Stipendio annuo L. 9000. Assegno Ufficiale Sanitario L. 1500. Mezzo di trasporto L. 3500. Indennità per ambulatorio (se tenuto in casa del Medico) L. 500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % e gravato dalle riduzioni di legge. Età minima anni 40, salvo eccezioni di legge. Documenti da allegarsi alla domanda in bollo da L. 3; in bollo competente e legalizzati nelle forme di legge (vedi precedente n. 44). Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

BONASSOLA (*Spezia*). — Scad. 10 nov.; L. 7200 e 10 bienni ventes.; riconoscim. metà serv. anter.; L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BRUNICO (*Bolzano*). — Scad. 10 nov.; consorzio; L. 7500 pel 20 % della popolaz.; addizion. L. 6; 4 quinquenni dec.; 10 % stip. se uff. san.; L. 1400 indenn. abitaz.; c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50. Per i concorrenti di lingua madre differente dall'italiana è richiesto un certificato di conoscenza della lingua italiana rilasciato da un Direttore didattico governativo.

BUDDUSÒ (*Sassari*). — Scad. 18 gen.; per Salti di Giosso; L. 10.500 e 4 quadrienni dec.; cavalc. L. 2500; arm. farm. L. 1000; riduz. 12 %.

COLLINA DI SOLTO (Bergamo). — Condotta medica consorziale dei comuni Solto Collina e Riva di Solto, con residenza in Solto Collina. I due comuni, e relative frazioni, sono collegati da strade carrozzabili. Eventuale incarico, da S. E. il sig. Prefetto, delle funzioni d'Ufficiale Sanitario. Stipendio residenziale annue L 6500, con cinque aumenti quinquennali del decimo (non è computabile, agli effetti degli aumenti, il periodo di prova di anni due). Indennità per l'obbligo di mezzo di trasporto, L. 2500. Idem. come Ufficiale Sanitario, se incaricato, L. 600. Idem. per gestione ambulatorio L. 500. Quote capitarie per i poveri di L. 2 e L. 5 per gli inscritti nei rispettivi elenchi dei poveri. Il tutto al lordo delle ritenute di Legge e della riduzione del 12 %. Lo stipendio residenziale, salvo l'approvazione Tutoria, sarà elevato a L. 8000, al netto della ritenuta del 12 %. La domanda in competente bollo, insieme ai documenti (il cui elenco e relative modalità, possono leggersi nel bando di concorso da richiedersi al Comune di Solto Collina), debbono pervenire alla Segreteria del Comune predetto non oltre le ore diciotto del 20 novembre 1932.

CREMONA. *Manicomio Provinc.* — Scad. 15 nov.; medico di prima classe; L. 14.000 e 5 quadrienni dec. oltre c.-v.; abitazione e ortaglie su canone di L. 500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Al 15 dic., ore 18; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 16.700 aumentabili a L. 18.000 oltre L. 3700 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 9 ott.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

OLGIATE OLONA (*Varese*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica con diritto: *a*) allo stipendio iniziale L. 9000 aumentabile di un decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni consecutivi di servizio effettivo, con obbligo della dimora nel centro dell'abitato; *b*) all'assegno pel servizio di Ufficiale sanitario, da stabilirsi da S. E. il sig. Prefetto; *c*) all'assegno per la bicicletta lire duecento, e da approvarsi nei modi di legge. Lo stipendio e gli assegni di cui alle lettere *a*), *b*), sono soggetti alla riduzione del 12 % di cui il R. D. 20 novembre 1930, n. 1491 ed alle altre trattenute di legge. Domanda, tassa da L. 50,10 e documenti (l'elenco dei quali con le altre notizie possono rilevarsi dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale), debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore sedici del 15 novembre 1932.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto Terni II, Montenero-Petacciato (Ancona); Reggio Emilia, Imola (Bologna); Olgiate Calco (Milano); Agrigento II (Palermo); Cascina (Pisa); Avezzano I, Roccasecca II (Roma); Grigno (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispetivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scad. ore 17 del 15 dic. 1932.

ROMA. *Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli Invalidi di guerra.* — Scad. 15 dic.; 3° assistente medico presso il Sanatorio Vitt. Emanuele III di Aspromonte; L. 13.500, aumentabili di 5 decimi in 19 anni, oltre L. 2500 serv. att., assegno di famiglia; decurtamento 12 %; titoli; età lim. 50 a. al 20 ott.; doc. a 3 mesi. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Sede Centrale, piazza Adriana, Casa Madre del Mutilato, Roma 33.

SALERNO. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 1° feb.; primario medicina, primario maternità, aiuto ostetrico, aiuto chirurgo. Rivolgersi all'Amministrazione del Pio Ente.

S. GIULIANO DEL SANNIO (*Campobasso*). — Scad. 31 dic.; L. 6000 e 3 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

S. SOSTI (*Cosenza*). — Scad. 15 nov.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 2500 obbligo cavallo, lire 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

TORINO. *Municipio.* — Scad. 14 gen.; batteriologo Sottocapo della Divisione II del Servizio d'Igiene e Sanità; esami e titoli; programma e chiarimenti dal Municipio, Divisione IV, Personale.

UDINE *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico e assistente medico del Dispensario provinciale; stipendi L. 15.000 e L. 9000 lorde; titoli, con prevalenza di quelli di carriera su quelli scientifici generici; scad. ore 18 del 15 nov.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 ag. Chiedere bando.

VALLARSA (*Trento*). — Scad. 20 nov., ore 18; per Raossi; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2200 indennità via; L. 1600-3000 trasp.; L. 950 uff. san.; riduz. 12 %; non v'è riconoscimento servizi anteriori.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro collaboratore prof. Ermanno Mingazzini, già libero docente in clinica urologica, ha ora conseguito la libera docenza anche in patologia speciale chirurgica, riscuotendo il plauso della Commissione esaminatrice, composta dei proff. Perez, Bolognesi e Dominici. I nostri rallegramenti cordiali al valente studioso.

Il dott. Langdon Brown è nominato professore di clinica medica (regius professor of physic) nell'Università di Cambridge, quale successore di sir Humphrey Rolleston. Egli è ben noto per i suoi studi diretti all'applicazione della fisiologia nel campo clinico. A queste direttive si ispirano i suoi « Principî fisiologici nella cura », un libro che ha ottenuto larghissimo successo. Tra le altre sue opere ricordiamo « Il sistema nervoso simpatico nelle malattie », « Gli endocrini nella medicina generale », « La nefrite delle trincee ». È uno scrittore brillante e chiaro, di larga coltura, dalla mentalità fisolofica.

Il dott. Pedro I. Elizalde è nominato professore di anatomia e fisiologia patologiche nella Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires.

Il dott. Julio R. Garino è nominato presidente della Croce Rossa Argentina.

Il dott. Rolando Monteiro è nominato presidente della Società brasiliana di urologia.

Nella Scuola Medica Femminile di Filadelfia sono nominati: il dott. John F. McCloskey, professore di clinica chirurgica; il dott. William Oakley Hermance, professore di proctologia.

NOTIZIE DIVERSE.

23° Congresso francese di medicina.

In seguito ad invito di una delegazione canadese, è stato deciso che il prossimo congresso della Società dei medici di lingua francese si terrà nel settembre 1934 a Québec, Canadà. I temi in discussione saranno: 1), per la patologia medica: « Semeiologia delle sindromi pancreatiche » ovvero « Semiologia delle sindromi paratiroidi » (il comitato canadese deciderà tra questi due argomenti); 2), per la patologia generale: « Gli stati ipoglicemici »; 3), per la terapia: « La piretoterapia ». Molti medici hanno già dato un'iscrizione di massima; le iscrizioni si ricevono fin da ora (dalla sig.na Huré, bureau de l'A.D. R. M., Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine, Paris VI°).

13° Congresso francese di neuro-psichiatria.

Il prossimo congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese è indetto a Rabat (Marocco) per l'aprile 1933, sotto la presidenza del prof. Guillain (della Salpêtrière). Temi di relazione: 1) per la psichiatria, « Le encefaliti psicologiche » (dott. Marchand); per la neurologia, « Le atassie » (dott. Garcin); per la medicina legale, « Le conseguenze medico-legali delle amnesie traumatiche » (dott. P. Abely). Rivolgersi al: dott. O. Crouzon, avenue d'Iéna 70 bis, Paris.

Giornate argentine di tisiologia.

Organizzate dalla « Società di Tisiologia » di Buenos Aires, hanno avuto luogo nei locali dell'Associazione Medica Argentina durante i giorni 12, 13, 15, 17, 20 e 22 settembre, sotto la presidenza del dott. Julio Palacio. Vennero prese in esame le azioni della tubercolosi (perturbamenti funzionali e complicazioni) sui vari organi e sistemi organici e sulla nutrizione.

Società oftalmologia cinese.

È stata costituita a Peiping; i membri ammessi saranno prevalentemente cinesi, ma vengono anche accettati oftalmologi di altre nazionalità. Alla presidenza è stato chiamato il dott. Hua-tech Pi; segretario per la lingua cinese è il dott. Shih-pu Chang; per la lingua inglese il dott. Wen-ping Ling. Alla prima riunione della società saranno discussi i seguenti due temi: « Glaucoma primario nella Cina settentrionale » (relat. il dott. Arnold Pillat); « La tensione normale dell'occhio nei cinesi » (relat. il dott. Pao-hua Liu).

Ecco un altro immenso popolo che si affaccia alla nostra civiltà nel campo della medicina; e non mancherà di portare contributi importanti. Del resto, ha già cominciato: basti ricordare che dobbiamo ai medici cinesi la recente introduzione dell'efedrina in terapia.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

L'Università di Vienna annunzia un corso di perfezionamento in pediatria dal 28 novembre al 10 dicembre, nella clinica pediatrica diretta da F. Hamburger; faranno parte del corso alcune dimostrazioni cliniche sulla cura ortopedica dell'osteomielite, fatte nell'Ospedale ortopedico da H. Spitzy, ed alcune dimostrazioni di trasfusione del sangue, fatte nell'Ospedale Pediatrico Carolina del Municipio di Vienna da W. Koepfelmacher. L'Università prepara anche un corso sulle malattie cardiache e polmonari, dal 13 al 26 feb-

braio, ed uno di laringo-oto-rinologia, dal 29 maggio al 10 giugno 1933. Informazioni all'indirizzo già dato altre volte.

Il palazzo dell'anatomia a Genova.

La città degli studi di Genova quest'anno si arricchisce di un nuovo edifizio: il « palazzo dell'Anatomia ». Così dal 1927 ad oggi sono stati costruiti ben 11 edifizi; seguiranno presto il « palazzo della Clinica chirurgica » e quello della « Clinica ostetrica ». per tal modo il grandioso programma della città degli studi sarà completato.

Il « palazzo dell'Anatomia è sorto all'estremità della zona di sinistra della Città Universitaria, in un'area situata a nord-est della Clinica medica; misura ben 29,000 metri cubi, ed ha forma ad U, col corpo di fabbricato centrale parallelo al viale Benedetto XV e le due ali disposte normalmente al corpo centrale, alle estremità sud-ovest e nord-est. La sua ampiezza è tale che in esso verranno adeguatamente sistemati non solo gli Istituti di Anatomia normale ed Anatomia patologica, ma anche la Medicina legale e la Chirurgia operativa, nonchè la « Morgue » municipale con i relativi servizi ospedalieri.

All'ospedale psichiatrico di Milano.

Nel grandioso Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano, a Mombello, sono state portate numerose innovazioni.

Allo scopo di applicare l'ergoterapia, l'Amministrazione Provinciale venne nella determinazione di provvedere alla costruzione *ex novo* di due veri Padiglioni Industriali, affatto indipendenti dal resto dei fabbricati dell'Istituto; padiglioni costruiti secondo un tipo architettonico veramente industriale: di essi uno si adibisce alla tessitoria, è capace di 60 telai ed è costato 430 mila lire; l'altro padiglione sarà di mole notevolmente maggiore e destinato ad ospitare tutte le altre forme di attività industriale, compresa la tipografica, che, iniziata con un piccolo nucleo, non ha mancato di dare buoni risultati.

Mediante questi due Padiglioni l'Amministrazione Provinciale si ripromette di risolvere in pieno il problema della più larga applicazione del lavoro nell'Istituto di Mombello, adottando anche una sistemazione generale, che rappresenterà senza dubbio una felice novità organizzativa.

Si è provveduto recentemente anche alla sistemazione e all'adattamento del reparto fanciulli, che assume le caratteristiche di Clinica pediatrica per anormali; nonchè alla costruzione di un salone-teatro per il personale, capace di 350 posti, ed a molti altri lavori di perfezionamento.

L'ospedale sanatoriale di Treviso.

A Treviso sta costruendosi un nuovo grandioso Ospedale Civile, intitolato a Elena di Savoia; sorgerà in Santa Maria del Cafoncello. Il primo padiglione del nuovo ospedale fu inaugurato il 23 ottobre da S. E. Araldo Crollalanza, ministro dei LL. PP., che nella stessa giornata inaugurò a Montebelluna l'Acquedotto Consorziale di Schiavenin. Il padiglione è destinato ad ammalati di petto. Consta di due corpi principali, uniti da un corridoio di comunicazione. Il corpo principale, a quattro piani, comprende le sale di degenza, capaci di 180 letti, distribuiti nei piani 1° e 2° per gli ammalati comuni, nel terzo piano per i dozzinanti; il piano terra è adibito ad alloggio del personale ausiliario ed ai servizi vari. Il corpo secondario, a tre piani, comprende i servizi sanitari, la chiesa, un alloggio per i medici e per il sacerdote.

Ogni piano medico, oltre alla sala di degenza, dispone di ampi locali per convegno, lettura, visita, e il 1° contiene due ampi refettori (per maschi e femmine) ad uso degli ammalati comuni.

L'area coperta dalla costruzione è di metri quadrati 3200 e il volume, considerata la costruzione vuoto per pieno, ammonta a metri cubi 50.000. I lavori furono iniziati nel marzo 1931. La spesa complessiva sale a 4 milioni e mezzo.

L'ospedale sanatoriale di Chieti.

Procedono con alacrità a Chieti i lavori per l'Ospedale sanatoriale.

L'imponente fabbricato — che va sorgendo su un'area di circa 25.000 metri quadrati, a due chilometri dalla città ed in zona particolarmente riparata — sarà capace di 220 letti, attuerà i più moderni servizi sanitari ed igienici e potrà rispondere ai bisogni, oltre che della provincia, anche delle consorelle di Aquila e Campobasso.

Attiguo al corpo principale vi è un altro corpo di fabbrica ad un solo piano per il dispensario antitubercolare.

Ospedale sanatoriale di Arezzo.

Presso l'Ospedale Vittorio Emanuele III di Arezzo è sorto l'Ospedale Sanatoriale della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, che è fra i più grandi d'Italia. Il fabbricato occupa un'area coperta di 3500 mq. e misura circa 45.000 mc. vuoto-pieno; è circondato da circa 30.000 mq. di terreno che verrà coltivato a giardino ed a parco.

L'Istituto, centro della lotta antitubercolare nella Provincia, è della capacità di 530 letti, con dotazione di impianti sanitari e scientifici perfettissimi, con servizi meccanici moderni, come ascensori, cabina elettrica con batterie di accumulatori di riserva, ecc. La spesa si aggira sui dieci milioni di lire.

Una nuova Scuola medica a Roma.

Nel prossimo anno l'Università Cattolica di Milano istituirà una « Facoltà medica » a Roma, per la quale il Pontefice ha ceduto la grande casa di Monte Mario che gli era stata donata dalle Ancelle del Sacro Cuore.

Oltre ad arricchire i corsi dell'Università Cattolica che, com'è noto, è controllata dallo Stato, questa fondazione ha lo scopo di creare un centro specializzato nei problemi di medicina delle missioni. La conoscenza delle malattie caratteristiche del Paese dove il missionario si reca, ha grande importanza sia per la di lui incolumità personale, sia per l'opera che egli è spesso chiamato a compiere a vantaggio dei più umili.

Le Suore passano nella propria Casa di Ciampino. I lavori di adattamento della Casa di Monte Mario sono diretti dal Rettore dell'Università, Padre Gemelli, e proseguiranno alacremente in modo da permettere l'inizio dei corsi per il prossimo anno accademico 1933-34.

(Evidentemente non si tratta di una Facoltà — come l'annunzio pubblicato dai giornali potrebbe far supporre — ma di un insegnamento di primo grado per i missionari, allo scopo d'impartire a questi i principî fondamentali dell'igiene e dell'assistenza medica; se così contenuta l'iniziativa — già tentata in qualche Facoltà — può rendersi utile).

Alla città universitaria di Parigi.

Il Municipio di Parigi ha deciso di aggiungere, alla città universitaria, un edificio per l'alloggio dei professori. Esso comprenderà 88 appartamenti, da 2 a 8 camere ciascuno oltre gli accessori, per i coniugati, e 50 camere per i non coniugati; inoltre vi saranno 105 ambienti per depositi, parlatorî, ecc. Oltre che i professori universitari, potranno essere ospitati i professori di scuole medie.

Clinica per malattie croniche a Boston.

Una donazione di 250.000 dollari, pari a circa 5 milioni di lire it., fatta dal sig. George F. Baker di New York, ha permesso di fondare una clinica per lo studio delle malattie croniche, presso l'Ospedale delle Diaconesse di Boston. Sarà intitolata al donatore. È capace di 47 letti e sarà prevalentemente destinata allo studio del diabete.

Istituto per la psicanalisi a Chicago.

Il 3 ottobre venne inaugurato un Istituto per la Psicanalisi a Chicago (East Ohio Street 43); è diretto dal dott. Franz Alexander; ne è segretario il dott. Walter T. Fischer. I locali comprendono: un'aula per conferenze, sei camere di consultazione, un laboratorio medico, una biblioteca, ecc. Il corpo sanitario risulta di 21 medici.

Elargizioni e legati.

Il sig. Giuseppe Marelli ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano L. 300.000.

Alla cassa dello stesso Ospedale sono state versate L. 55.000, in dipendenza delle disposizioni testamentarie del dott. Pietro Turati, morto nel 1890: disposizioni sottoposte alla condizione che il figlio morisse — come è avvenuto — senza discendenti legittimi.

Nella stampa sanitaria.

Si è iniziata la pubblicazione di una « Rivista di Patologia dell'Apparato Respiratorio », organo ufficiale della Società Medico-Scientifica del Centro Sanatoriale di Arco; è diretta dai proff. C. Arrigoni ed E. Curti e ne è redattore-capo il dott. G Decleva. Ha prevalentemente lo scopo di studiare la collassoterapia e perciò si fregia, nel frontispizio, della figura del Forlanini.

Un augurale saluto.

* * *

L'« Upsala Läkareförenings Förhandlingar » ha festeggiato il suo 100° anno di fondazione con un fascicolo speciale, distribuito il 17 settembre, ricco di una ventina di memorie, riguardanti i più diversi campi della medicina, tutte di carattere eminentemente scientifico, quasi tutte in francese, inglese o tedesco, corredate di tavole, grafiche e illustrazioni. Il volume reca il ritratto del fondatore del periodico, F. Hwasser. Può ottenersi presso gli editori (Almgoist & Wiksells Boktryckeri-A,-B., Upsala & Stockholm).

* * *

Il fascicolo del 24 settembre della « Klinische Wochenschrift », ha lo scopo di solennizzare la 92ª riunione della Società dei Naturalisti e Medici tedeschi, adunatasi a Weisbaden ed a Mainz; è ricca di buon materiale, ed in elegante veste tipografica, reca varie e belle illustrazioni.

Denunzia del gozzo nella Czecoslovacchia.

L'Ufficio di Sanità di Praga ha ordinato ai direttori didattici di tenere un registro di tutti gli scolari che presentano ingrossamenti nella regione anteriore del collo; il medico scolastico prenderà poi in esame questi ragazzi. L'inchiesta ha lo scopo di accertare l'incidenza del gozzo endemico e di provvedere tempestivamente al trattamento.

Per infrenare la pletora medica in Germania.

Le « Deutscher Aerztevereinbund », agendo d'intesa con la « Verband der Aerzte Deutschelands », ha diretto una petizione urgente al ministro federale dell'interno, al ministro prussiano del benessero pubblico e ai corpi accademici delle Università della Germania, per richiamare l'attenzione sul rapido incremento nel numero degli studenti di medicina e chiedere che venga attuata qualche restrizione a tale pericolosa tendenza.

Per il prof. Morelli.

L'on. prof. Eugenio Morelli è rimasto ferito piuttosto gravemente, per un incidente automobilistico occorso vicino Massa, in località detta Canal Grande, mentre egli, in compagnia della figlia e dell'ing. Mario Gobbi Belcredi, si recava da Lucca a Genova. È stato ricoverato nell'Ospedale Civile di Massa.

Sono stati a visitarlo numerosi sanitari (tra cui il nostro direttore, prof. Frugoni).

Da ogni parte d'Italia gli sono giunti auguri fervidissimi di guarigione.

Le ultime notizie da noi attinte sono del tutto tranquillizzanti; ce ne rallegriamo.

In materia di responsabilità degli ospedali.

La Corte suprema di Montana (Stati Uniti) ha escluso la responsabilità dell'« Ospedale Murray » di Montana per il fatto che un ricoverato (un eresipelatoso in stato di delirio) si era precipitato da una finestra (del terzo piano). In prima istanza si era emesso lo stesso giudizio; la Corte d'appello aveva però deciso che il processo era stato male istruito e che doveva essere rifatto; l'Ospedale aveva ricorso contro questa decisione.

Sequestro di persona.

Il Tribunale penale di Milano (16ª sezione) condannò certo Carlo Ceriani ad un anno e sei mesi di carcere, per avere sequestrato la moglie Maria Palazzoli in una casa di salute per malati mentali, « Villa Fiorita », in base a certificato del dott. Cesare Vitali. Questi, pure processato, venne assolto per insufficienza di prove.

L'internamento era durato 6 giorni, dopo di che la Palazzoli venne dimessa perchè riconosciuta non inferma di mente.

I due processati appellarono; la Corte d'Appello di Milano (7ª sezione) ha confermato la sentenza nei riguardi del principale imputato ed ha assolto con ampia formola il dott. Vitali perchè il fatto imputatogli non costituisce reato.

Avvelenamenti in manicomi.

In un manicomio di Londra, il « Maudsley Hospital », è morto un paziente che aveva ingerito delle foglie di *Taxus*, conifera coltivata a scopo ornamentale. Dopo 15 giorni lo stesso caso si è ri-

petuto nello « Springfield Mental Hospital » pure di Londra.

In tutt'e due i casi l'istruzione giudiziaria non ha trovato luogo a procedere, trattandosi di morti accidentali. Per altro, è stata ordinata la remozione di tutte le piante di *Taxus* dai giardini annessi agli ospedali per malati di mente. Dall'inchiesta compiuta nel primo ospedale, risulta come non fosse noto che si trattava di piante di tasso.

Da tempo sono ben note le proprietà tossiche di questa pianta, specialmente marcate per gli equini, dovute a due principî, tassina e tassicatina. Essa s'impiega anche a scopi terapeutici, quale emmenagogo, abortivo, antireumatico.

L'uso degli aeroplani da parte dei medici.

Rileviamo da una corrispondenza al « Journal A.M.A. », sempre ricco d'informazioni, che in Francia, ove per opera di Nemirowsky furono costruiti i primi aeroplani sanitari, e questi resero buoni servigi durante le campagne della Siria e del Marocco, si è costituita da tempo una società detta degli « Amici dell'aviazione sanitaria », di cui fanno parte spiccate personalità. A Parigi si è tenuto anche il primo Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria. Tutto ciò concorre, forse, a spiegare come l'aviazione sia diventata d'uso frequente in Francia anche per il trasporto dei sanitari. Così Pasteur Vallery Radot, se deve recarsi a qualche distanza da Parigi, vi giunge col suo aereoplano, in compagnia del proprio assistente. Al congresso internazionale di chirurgia adunatosi a Barcellona il prof. Crochet giunse pilotando il proprio aeroplano; poi compì un raid per il Marocco, l'Algeria, la Tunisia, la Siria, percorrendo 8000 km.: al ritorno gli ufficiali dell'aeroporto di Ourly lo accolsero entusiasticamente e il ministro dell'aviazione mandò un rappresentante a congratularsi. L'aeroplano era in così perfetto ordine, che pareva appena uscito dall'officina: i chirurgi sono talmente addestrati all'esattezza e alla precisione, che il fatto non deve sorprendere... — In Italia un altro valente chirurgo, R. Bastianelli, è notoriamente anche buon pilota del proprio aeroplano.

La Croce Rossa Belga e un'azione di pubblicità.

Il periodico « Le Scalpel » del 22 ottobre fa sapere che da qualche tempo in un cinematografo di Bruxelles si proietta un dramma « giallo », orripilante; la direzione ha annunziato largamente che alle donne e ai giovani si raccomanda di non assistere allo spettacolo, onde evitare troppo forti emozioni: ciò significa che la sala è sempre affollata di signorine e giovincelli. Il colpo maestro però è consistito nell'annunziare che, dalla Croce Rossa, si era installato, nei locali del cinema, un posto di pronto soccorso, per provvedere ai casi eventuali di svenimenti. La collaborazione della Croce Rossa parrebbe quasi incredibile; eppure non v'è inganno: presso la sala dello spettacolo è installato un lettino, con una farmacia; v'è anche un libretto di presenza, ove, di ora in ora, le infermiere attestano, con la firma, la loro presenza continuativa. Queste infermiere non si strapazzano; difatti lo spettacolo d'orrore non ha ancora reso necessario alcun pronto soccorso.

Il periodico si chiede se tale esibizione rientri nelle attribuzioni della Croce Rossa.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Practitioner, giu. — K. WALKER. La prostata inoperabile. — R. R. TRAIL. Diagn. e progn. della tbc. polm. — I. YTACEY WILSON. Tono arterioso deficiente. — E. A. HAWKESWORTH. Disordini emozionali comuni.

Deut. Med. Woch., 3 giu. — GOLDSCHNEIDER. Energetica e circolo vizioso. — STUBER e LANG. Nuovo trattam. della trombosi.

Med. Welt, 4 giu. — DIETRICH. Mammella cistica e cancro. — MÜHSANA. Indicazioni e tecnica dell'estirpaz. della milza.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 31 mag. — M. MAZZETTI. Crisi emoclasica da rifornimento. — V. DE BENEDETTI e E. GALLOTTI. Il metodo colturale Löwenstein.

Giorn. Ven. di Sc. Med., giu. — R. DUSSO. Polmonite interstiz. antracosica e cancro polmon.

Prensa Méd. Arg., 10 mag. — P. M. BARLARO. L'apparato cardio-vascol. e l'endocrinologia.

Rev. de Ass. Paulista de Med., mar. — F. A. MOURA CAMPOS. L'acidosi. — F. KEYSSER. Elettrochirurgia nel cancro

Folia Clin. et Biol., mar.-apr. — M. E. DE SOUZA ARANHA. Vizi della nostra alimentaz.

Brit. Med. Journ., 4 giu. — J. W. MCNEE. Rapporti tra fegato e milza. — E. DULMER. La minaccia dell'obesità.

Med. Klinik, 3 giu. — D. ADLESBERG e L. FORSCHNER. Rhinopathia vasomotoria e disturbi diger. — E. SCHILLING. Agranulocitosi essenziale.

Journal A. M. A., 21 mag. — W. W. HAMBURGER e al. Ossigenoterapia.

Arch. Intern. Med., mag. — T. LEWIS. Il dolore nell'ischemia muscolare. — J. V. COOKE. Enzimi leucocitici nella leucemia. — W. H. OATWAY e W. S. MIDDLETON. Alteraz. linguali.

Presse Méd., 4 giu. — M. LABBÉ e al. Ipoglicemia alimentare. — A. DUMAS. L'angor da choc anafilattico.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., gen.-feb. — G. PAGLIARI. Cecità istantanea bilater. da meningite sierosa.

Rev. de Cir. de Barcelona, mar. — J. SOLI SURIS. Ernia strozzata della vescica.

Arch. It. di Chir., apr. — B. BENVENUTI. Profilassi e cura della tbc. chirurg. nei giovani. — L. DOCIMO. Cura pepsinica dell'ulcera digiunale post-operat. — E. LEO. Cistocele femorale.

Sem. Médica, 12 mag. — H. ZUBIZARRETA. Chirurgia del labirinto. — G. ANDREONI. Cloridrato di colina nel trattam. della tbc. polm.

Münch. Med. Woch., 3 giu. — DE RUDDER e al. Paralisi infantile.

Sang, 6. — M. R. CASTEX e al. Emoglobinuria, anemia acuta e rigeneraz. eritroblastica.

Paris Méd., 4 giu. — Numero sulle mal. infettive.

Bruxelles-Méd., 5 giu. — GAEHLINGER. Colibacilluria d'orig. intestin.

Clin. Chir., mar. — NOGARA. Riserva alcalina ed anestesia. — TABANELLI. Prova della funzionalità renale. — *Id.*, apr. TABANELLI. Casi di actinomicosi. — MICOTTI. Mammella sanguinante.

Amer. Journ. of Cancer, mag. — E. H. CROSBY. Tumori maligni del timo. — W. G. HARDING e F. D. HANKIN. Esami *post mortem* di tumori gastrici. — W. H. WOGLOM. Dieta epatica e sviluppo di tumori. — N. PUENLE DUANY e E. RIVEDO. Endotelioma dei noduli linfatici della regione inguinale.

Ann. de Méd., mag. — L. LANGERON e al. Trattam. delle obliterazioni arteriose degli arti.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 giu. — I. SABBRY. Tossina della pellagra e trattam. della pellagra con tiosolfato.

Semana Med., 26 mag. — P. COSSIO. Immagine radiologica della fibrillaz. auricolare. — S. I. NUDELMAN. Appendicite traumatica.

Rass. Intern. di Clin. e Ter., 30 apr. — Numero sulle assicuraz. sociali.

Riv. di Clin. Ped., mag. — S. MOSCHINI. Cistite amebica nell'infanzia.

Arch. It. di Urol., mag. — E. MINGAZZINI. Ormoni cerebrali diuretici.

Wien. Klin. Woch., 10 giu. — ZAPPERL. Il problema dell'encefalite nell'età infantile. — GERSON. Terapia dietetica dell'emicrania e tbc. polm.

Clin. e Ig. Infantile, mag. — G. FRONTALI. Cure actiniche al mare.

Bull. Ac. de Méd., 31 mag. — EM. SERGENT, L. BERNARD. Riattivaz. di focolai tbc. latenti e bacilli di Koch « di sortita ».

South Afr. Med. Journ., 14 mag. — L. MAISLES. Investigazione precoce dei casi di ematuria.

Presse Méd., 11 giu. — C. RICHET figlio e R. CONDER. Trattam. dell'anafilassi alimentare con l'olio di paraffina.

Forze Sanit., 15 mag. — C. GAMNA. Infezione primaria e reinfezione nella clinica della tbc. polm. — B. ALAJMO. Patogenesi del glaucoma.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sulle algie atipiche della vescichetta biliare.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — E. BIRD. La guarig. delle ferite. — F. BANCROFH e M. STANLEY-BROWN. Trombosi, tromboflebiti ed embolismo post-operativi.

Mediz. Klinik, 10 giu. — I problemi dell'immunità antidifterica. — F. A. MAYER. Ipotonia vascolare.

Deut. Med. Woch., 10 giu. — GOLDSCHEIDER. Energetica e circolo vizioso. — STRAUSS. Diagnosi d'insufficienza circolatoria iniziale.

Med. Welt., 11 giu. — O. BIELING. La morte apparente. — O. DITTMAR. Trattam. dei dolori articolari e muscolari.

Riv. Ital. di Stomatol., apr. — F. LAZZARO. Cisti di orig. dentaria.

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — H. T. HYMAN e N. M. PENICHEL. Trattam. del cardiaco scompensato. — J. J. JOHNSON. Iperparatiroidismo sperimentale. — A. MARBLE. Diabete renale. — A. MARBLE. Pentosuria essenziale.

Giorn. di Med. Mil., mag. — U. CASSINIS. Modificazioni del cuore in militari in allenamento.

Rev. Españ. de Med. y Cir., giu. — V. MEISEN. Emorroidi. — D. FERRANT. Eziologia e patogenesi dei reumatismi.

Paris Méd., 11 giu. — CARNOT. Morbo di Pott stafilococcico nell'adulto.

Sem. Méd., 19 mag. — R. CARRILLO e W. G. TER BRAAK. Polinevriti da ginepro, apiolo e fosfato di cresolo.

Revue Sud-Amér. de Méd. et de Chir., apr. — A. ESCUDERO e R. A. IZZO. L'azotemia in soggetti normali.

Acta Med. Scand., I. — B. IHRE. Bronchiettasia secca. — S. BERG. Metabolismo dello zucchero nella tbc. polm. — N. PENDE. Ipertensione venosa essenziale.

Journal A. M. A., 28 mag. — B. Z. RAPPAPORT e al. Azione della filtrazione dell'aria nell'asma da polline. — H. A. REIMANN. Tifo esantematico lieve.

Id., 2 giu. — A. HARTUNG e J. FREEDMAN. Sifilide polmon. — A. MASTER e A. ROMANOFF. Trattamento del reumat. art. ac.

Giorn. di Batter. e Immunol., giu. — G. NEGRO. Microbismo latente.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 14 Novembre 1932 - XI Num. 46

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA E CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Primo caso in Italia di asportazione di adenoma della paratiroide per osteite fibroso-cistica generalizzata.

C. FRUGONI E R. ALESSANDRI
Direttori.

Tutto il capitolo della fisiologia e patologia della paratiroide è in piena revisione e la clinica ha ad un tempo data e tratta luce con felici iniziative ed applicazioni allo studio e cura degli ammalati ponendo con l'esperimento chirurgico su l'uomo ammalato problemi fisiopatologici nuovi e insospettati.

Nel solo campo dei rapporti fra tessuto osseo e paratiroidi è già avvenuto tale progresso che il problema se oltre l'acromegalia vi siano altre forme ossee di origine endocrinopatica, sembra poter esser risolto in senso positivo dacchè per es. è ormai noto che la osteite fibroso-cistica di Recklinghausen è in genere guaribile per paratiroidectomia o meglio per ablazione di adenoma paratiroideo, benchè talune riserve vengano avanzate, perchè ogni raggio di luce che sorge anche ombre sempre maggiori disvela che rendono complicati ed oscuri i problemi.

Riferire i vari orientamenti, esporre le tappe segnate dai maggiori, ad es. da Vassale, Askanazy, Erdheim, Mac Callum, Collip, ecc. nonchè le felici applicazioni cliniche e operatorie e la somma dei problemi che vi si riferiscono, sarebbe fare opera superflua dato che recenti ed ampie trattazioni monografiche esistono alle quali noi rimandiamo.

(*) Durante la correzione delle bozze siamo venuti a conoscenza di un caso operato dal prof. Pieri di Belluno di osteite fibrocistica con trapianti ripetuti di paratiroidi umane e pubblicato nel n. 28, 1929, della « Riforma Medica » insieme col dott. Tanferna. Da cortese comunicazione verbale abbiamo saputo che non avendo avuto alcun risultato, anzi essendosi verificato un peggioramento, il prof. Pieri andò nel marzo scorso ad esplorare la regione tiroidea, e trovò ed asportò un adenoma paratiroideo grande quanto una noce; dopodichè il miglioramento è stato rapido e completo. Il caso quindi ripete quasi esattamente quello di Mandl.

Punti cardinali sono le osservazioni anatomopatologiche che mostrano frequente e particolare compromissione paratiroidea in corso di talune malattie, per dirla con parola sintetica, calcioprive, e le ricerche di Collip sull'ormone paratiroideo da lui isolato o paratormone. Questo in condizioni normali aumenta la eliminazione di calcio e di fosforo e tende a mobilizzare le riserve calciche dall'osso verso gli emuntori naturali, sì che si ha iperfosfaturia, ipofosfatemia e in conseguenza di ciò ipercalcemia che a sua volta provoca ipercalciuria.

La sindrome tossica da paratormone invece dà aumento dell'urea e azoto non proteico nel sangue con aumento di viscosità e diminuzione di volume del plasma; ipercalciuria specie per la porzione B (1) e (contrariamente al caso primo) iperfosfemia e grande mobilitazione di calcio delle riserve ossee e inerenti conseguenze locali e bilancio calcico negativo e verso la fase terminale forte acidosi.

Jaffé e Blair anche trovano lesioni ossee per decalcificazione.

Ma mentre Erdheim parlava di reazione per iperfunzione paratiroidea secondaria all'alterato metabolismo calcico e alla lesione ossea, Collip raggiungeva i risultati ora esposti e si determinava sempre più largo consenso nell'ammettere che determinate iperplasie adenomatose paratiroidee siano capaci di produrre (benchè con meccanismo ancora oscuro) malattie calcioprive. Ma già l'affermazione di oggi ritrova critiche e riserve (Leriche) e mostra che ancora ci manca la base fisiologica a conclusione concreta. E Leriche osserva che tutte le azioni patologiche esercitate dalle paratiroidi si svolgono nel tessuto connettivo del quale l'osso sarebbe una metamorfosi per adattamento.

In un caso di osteite deformante Askanazy all'autopsia per primo trovò un tumore paratiroideo, e Schlagenhaufer (dopo che già Weil aveva proposto l'irradiazione delle paratiroidi) nel 1915 per primo invita i clinici in casi di osteite fibrosa a praticare una esplorazione chirurgica intesa a vedere se vi è tumore paratiroideo e se vi è, ad estirparlo. Il consiglio è solo nel 1925 seguito da Mandl. Questi in un caso di osteite fibrosa, seguendo la dottrina di Erdheim prima trapianta quattro paratiroidi umane prese da un caso di morte accidentale, ma più tardi non avendone alcun risultato batte opposta via. E cerca, trova ed asporta un tumore paratiroideo, a seguito di che vede guarire il malato.

Da allora un rilevante numero di malati è stato operato e generalmente con reperto positivo operatorio e con successo terapeutico, benchè non sempre il tumore sia reperibile (nè forse sempre presente) e il successo non ogni volta sia così pronto e deciso e qualche volta sia stato conseguito con asportazione di paratiroidi apparentemente normali (funzione tossica?).

In genere però — ed è quanto in genere nell'osteite fibrosa cistica interviene — se tutto nel senso sopra indicato procede e cioè reperto e asportazione di adenoma paratiroideo, allora attraverso abitualmente ad un periodo postoperatorio più o meno accentuato e talora anche molto grave di tetania, si ha subito scomparsa dei dolori, caduta brusca della calcemia e correzione dell'alterato metabolismo con graduale miglioramento anatomo funzionale fino alla guarigione clinica e anatomica con recalcificazione delle ossa lese, riduzione di volume delle proliferazioni fibroblastiche e gigantocellulari e recalcificazione, senza naturalmente l'esatta ricostruzione ossea primitiva.

Se questo è il brillante nucleo moderno del problema, numerose sono tuttavia le questioni di varia portata che ad esso si riferiscono e fra l'altro quella di sapere in quali forme morbose tale trattamento possa farsi e in che limiti e sopratutto in quali casi possa clinicamente presumersi l'esistenza di un tumore (tossico) paratiroideo che abitualmente dall'esterno all'esame obbiettivo è solo eccezionalmente dato di rilevare. Poichè da un lato con eccessiva facilità si estese e non sempre giustificatamente il trattamento a forme che con le distrofie calcioprive non hanno diretto rapporto (reumatismo articolare cronico anchilosante e deformante ad es.) e dall'altro si vide che lo stesso criterio ipercalcemia con ipercalciuria è indicazione non sufficiente, nè genuina.

Vi sono infatti ipercalcemie a ben diversa genesi (quali ad es. il morbo di Schuller-Christians che appartiene al gruppo delle lipoidosi di Epstein), e nello stesso Recklinghausen ti-

---

(1) Si distinguono tre specie di sostanze calciche la cui somma costituisce la calcemia totale. La parte *A* è rappresentata da 4-5 mmg. di calcio fisiologicamente inattivo, lassamente combinato alle proteine: dipende dalla concentrazione proteica e dall'equilibrio acido base e costituisce il calcio di riserva.

La parte *B*: 4-5 mmg. corrisponde al calcio non ionizzabile dei sali complessi e il suo valore dipende dalla funzione paratiroidea.

La parte *C*: 2 mmg. è formata dagli ioni calcio liberi e dipende dall'equilibrio acido-base. *B* e *C* formano la parte ultrafiltrabile fisiologicamente attiva della calcemia e sono le fluttuazioni di *B* e *C* che si accompagnano alle alterazioni caratteristiche in corso di viziato metabolismo calcico (Bigwood).

pico può la ipercalcemia variare (fino a mancare) da caso a caso o per lo meno in periodi vari nello stesso ammalato, nè sempre figurare in stretto rapporto proporzionale con l'ipercalciuria.

Lièvre ha affrontato con larghezza il problema e considerata la similitudine di molte forme osteodistrofiche calcioprive e la indeterminatezza di non pochi casi, talchè la stessa osservazione talora da osservatori diversi potrebbe essere diversamente interpretata e catalogata, ha fatto tre grandi categorie:

1) il Paget vero che sta a sè con calcemia normale e sistema paratiroideo indifferente;

2) le distrofie calcioprive da carenza, abitualmente con ipocalcemia e manifesta o latente tetania;

3) un vasto gruppo di casi che ha a nucleo centrale casi tipici di Recklinghausen, ma che vi comprende forme analoghe o similari, con ipercalcemia e che egli raggruppa sotto la denominazione di « osteosi paratiroidee » delle quali riunisce oltre 50 osservazioni, le sue tre personali incluse. Caratteri fondamentali di questa cosidetta osteosi paratiroidea sarebbero dolori, fratture spontanee da rarefazione con lesioni ossee varie (tumefazione, deformazione, incurvamento, accorciamento ecc.) profonda o più o meno diffusa (ma anche circoscritta) decalcificazione ossea con quadri radiologici varî a tipo osteoporotico, tumorale, malacico e pagetoide fino al tipico Recklinghausen, caduta di denti, segni orinari e cioè coliche da litiasi renale per precipitazione fosfo-calcica con orine torbide e lattescenti, ipercalciuria e iperfosfaturia, astenia, atonia muscolare e ipoeccitabilità elettrica, calcificazioni metastatiche profonde per mobilitazione calcica dai depositi ossei ai vari organi ecc. (segno questo anatomico e radiologico, non clinico), più o meno notevole e talora rilevantissima ipercalcemia, sintomo questo abituale e dominante ma tuttavia non necessario e nemmeno patognomonico con ipercalciuria, ipofosfatemia e iperfosfaturia e presenza di tumore (adenoma) paratiroideo, la constatazione del quale è rara semeiologicamente, molto frequente chirurgicamente e quasi regolarmente costante anatomopatologicamente, e decorso abitualmente progressivo di 2-6-10 anni circa.

Visione sintetica e comprensiva questa, ben documentata in una monografia che bene riassume tutto quanto fino ai nostri giorni è stato scritto in argomento. Ma se in realtà sia strettamente aderente ai fatti clinici e vada senz'altro addottata non crediamo si possa ancora dire, perchè prima di perdere e rinunciare a quadri con limiti ben definiti che talune forme hanno come malattia autonoma a sè (Recklinghausen ad es.) e prima di accettare senz'altro limitazioni e definizioni nelle quali la partecipazione paratiroidea figura come necessaria, conviene forse attendere più largo controllo e più matura esperienza tanto più che qualche forma tuttavia ben definita, come l'osteomalacia, rimane in questo campo incerta, mal classificabile o addirittura smembrata. Il tentativo tuttavia và seguito col maggior interesse.

Comunque, qualunque siano le parole e gli apprezzamenti un fatto importante e preminente oggi è in nostra conoscenza e cioè che vi è un gruppo di pazienti, come i malati di osteite fibroso-cistica di Recklinghausen, nei quali in base a sintomi clinici, chimici e radiologici noi presumiamo esser l'errore metabolico alle dipendenze di un tumore paratiroideo e ne affermiamo l'esistenza anche se non lo sentiamo e ciò con tale corredo di esperienza e cognizioni che cercando il tumore spesso lo troviamo e asportandolo capovolgiamo l'errore metabolico, riequilibriamo il bilancio calcico e vediamo ricalcificarsi e ricostruirsi l'osso e guarire ammalati verso i quali prima eravamo pressochè impotenti.

Benchè il caso che noi riferiamo sia il primo di morbo di Recklinghausen reso di pubblica ragione (il caso di Pieri già accennato, non ancora fu pubblicato) e operato in Italia — a nostra nozione almeno — la letteratura italiana non è del tutto silente. Ricordiamo per la parte generale le osservazioni di Strada sull'osteomalacia e osteoporosi e la tesi di V. Ghiron nella clinica chirurgica di Roma (1) con esperienze che confermarono il rapporto fra le paratiroidi, il ricambio calcico e le lesioni scheletriche come già Erdheim aveva osservato; e va citato che Dario Maragliano nell'ottobre 1929 al Congresso di ortopedia si è occupato degli interventi sulle paratiroidi nelle artriti multiple anchilosanti, in un campo cioè di altre indicazioni (così come Leriche operò poi per sclerodermia, cheloidi, ecc.). E va ricordato un caso di Taddei appunto operato per poliartrite anchilosante (*Riforma med.*, 1929), ecc.

Anamnesi famigliare. — La nostra malata ha 18 anni. Il padre che ha 43 anni e la madre di 51, non furono mai ammalati. Dal matrimonio nacquero due figli di cui la p. è primogenita. Il secondogenito è un maschio di 8 anni che non fu mai malato ed è normalmente sviluppato. Fra queste due gravidanze a termine vi fu un aborto in 1° mese di gestazione, dovuto probabilmente a strapazzo fisico della madre.

(1) V. GHIRON. *L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute*. Pozzi, edit., Roma, 1924.

Anamnesi fisiologica. — La paziente nacque a termine: per lieve distocia da scolo prematuro delle acque fu applicato il forcipe al perineo. La neonata non ne subì alcuna deformazione del cranio. Ebbe allattamento mercenario da donna sana ed i cui figli sono attualmente sani.

I primi atti fisiologici, la prima dentizione e la deambulazione furono normali. L'intelligenza fu sempre sveglia e la p. frequentò con ottimo esito le scuole.

L'evoluzione somatica fu regolare fino ai 10 anni, essendo fino ad allora apparentemente normale tutto lo sviluppo scheletrico, compreso il cranio.

A sei anni cambiò regolarmente dentizione essendo i denti di seconda dentizione sviluppati in tempo e di forma assolutamente normali.

Ebbe sempre appetito normale, fu sempre modicamente stitica.

Mestruò a 14 anni, avendo fra i 12 e i 14 anni notato saltuariamente la comparsa di lievissime emorragie genitali di minima entità. Dai 14 anni e fino ad ora i cicli mensili sono stati sempre normali per frequenza, durata, entità; mai dolorosi. Lo sviluppo psichico è stato sempre proporzionato all'età.

Anamnesi remota. — A sette anni soffrì di morbillo.

In tenera età ebbe qualche adenopatia sottomascellare e cervicale, mai dolente, nè suppurata che regredì completamente.

All'età di 7-8 anni soffrì spesso di tonsillite follicolare, specie nelle stagioni umide.

A 9 anni incominciò a soffrire di carie dentaria, con la perdita di un dente. Un altro dente molare si cariò in seguito tanto profondamente da venir espulso spontaneamente in minuti frammenti a varie riprese.

Dai 10 ai 12 anni soffrì di leucorrea modica di non specificata natura, scomparsa spontaneamente.

Anamnesi recente. — All'età di 11 anni, non preceduto nè accompagnato da dolori spontanei (salvo una lieve dolenzia al ginocchio dopo lunga stazione eretta), i famigliari notarono un incurvamento valgo d'ambo le ginocchia. Uno specialista consigliò osteotomia che venne eseguita solo un anno dopo, essendo aumentati il valgismo ed il disturbo inerente.

Dopo l'intervento (osteotomia bilaterale) l'arto inferiore destro guariva, mentre a carico dell'arto inferiore sinistro si aveva guarigione imperfetta per callo difettoso da accavallamento dei monconi e lussazione della rotula. Un secondo atto operativo a carico del ginocchio sin. non pare abbia portato grande giovamento, essendone residuata sottolussazione della tibia sulla testa del femore ed un accorciamento permanente dell'arto.

Da quell'epoca la paziente non si è più sviluppata in altezza, mentre si facevano palesi delle deformazioni a carico dello scheletro del tronco. Fra i 12 ed i 14 anni si manifestava deformazione progressiva del torace che si andava appiattendo ai lati e nella sua parte superiore con forte protrusione della inserzione sternale delle clavicole che assunsero direzione quasi sagittale antero-posteriore ed innalzamento e spostamento in avanti di tutto lo sterno, mentre una angolatura netta si costituiva fra le coste e le cartilagini costali.

Da 4-5 mesi si è accorta del comparire di una deformazione cifotica del tratto cervico dorsale del rachide che in breve ha assunto le proporzioni attualmente presenti.

Due anni e mezzo fà essendo in pieno benessere, urtava col braccio destro e non con grande forza, contro lo spigolo di un mobile e ne riportava frattura dell'omero. Curata coll'immobilizzazione, guariva con esito in raccorciamento dell'arto di circa due ctm.

L'estate scorsa, trovandosi in spiaggia, cadde con tutto il peso del corpo sul braccio destro e ne riportava una nuova frattura dell'omero. Immobilizzato l'arto, l'osso apparentemente si saldava; residuò però una notevole perdita di funzionalità del braccio che solo da un paio di mesi ha riacquistato parte della sua funzione. In questi ultimi tempi si è andata progressivamente astenizzando, non però in grave misura e perciò consultato un medico ed avutone consiglio, entra nella clinica medica.

Mai ebbe dolori spontanei o provocati alle ossa. Dall'età di 11 anni si è andata iniziando e facendo vieppiù manifesta una sindrome pigmentaria cutanea consistente in macchie simmetriche sulle due metà del corpo (al collo, al torace, alle mammelle, alle mani) ipocromiche al loro centro e che sono circondate da un anello a varia forma di tinta bruna.

Esame obbiettivo. — Ragazza di 18 anni, il cui sviluppo scheletrico e somatico non è proporzionale all'età, dimostrando la p. di essere molto più giovane (apparentemente di 12-14 anni) di quello che è realmente. L'apparenza infantile della p. è dipendente sia dalla microsomia che dall'aspetto del volto; il sistema pilifero e i seni sono però perfettamente sviluppati come in una giovane donna. Ha decubito indifferente, andatura lievemente claudicante per raccorciamento dell'arto inferiore sinistro, non dolorosa. Psiche integra e ben orientata con intelligenza sveglia e proporzionale all'età.

Lo scheletro è irregolare per sviluppo e alterazione di forma degli arti e del tronco.

La pelle e le mucose visibili sono pallide.

Cute asciutta con chiazze simmetriche ipercromiche alla periferia ed ipocromiche al centro; sono presenti al collo, al torace (areole mammarie), al dorso delle mani (vitiligine): nelle zone di ipocromia sono particolarmente manifesti spesso fenomeni di reazione vasomotoria (rossore).

La pelle è ben sollevabile in pliche, un po' anelastica in certe regioni (faccia, collo, dorso delle mani) normalmente ricoperta di peli nelle regioni ascellari e al pube.

Adipe sottocutaneo scarso. Assenza di edemi: il volto presenta però una pelle un po' succolenta tumida e più anelastica che nel resto del corpo, a tipo di iniziale infiltrazione mixedematoide.

La muscolatura è in tutto il corpo ipotonica ed ipotrofica; sistema linfoghiandolare integro.

Respiro costo-diaframmatico, di tipo e di frequenza normale.

Polso normoteso ritmico di frequenza 70.

Pressione (Riva-Rocci) 105/80. Alvo e diuresi normali.

Altezza del corpo in piedi cm. 137, seduta cm. 69.

Capo brachicefalo con faccia relativamente piccola rispetto al volume della testa; il cranio è di forma rotondeggiante ed ha il tipo del cranio rachitico.

Il diametro ant. post. massimo (18,5 cm.) è di poco sopra quello trasverso (16,5 cm.); la circonferenza è di 56 cm., la faccia è stretta (diametro naso mentoniero cm. 11,5, zigomatico cm. 10,5) ed allungata. La fronte è alta. Non si apprezzano le suture craniche. Il capo è mobile in ogni senso.

I bulbi oculari sono un po' sporgenti, con rima palpebrale di normale ampiezza, normalmente mobile in ogni senso, non nistagmo. Pupille isocoriche ben reagenti alla luce e all'accomodazione.

Funzionalità dei nervi cranici integra. Non si provoca dolore con la pressione sui forami di uscita.

Il *collo* corto, esile, infossato nel torace è inclinato per viziata positura della colonna vertebrale cervicale la quale è piegata cifoticamente nel segmento dorsale formando con esso una sporgenza rotondeggiante il cui vertice è formato dall'apofisi spinosa della VII vert. cervicale; non vi si provoca dolore.

Il collo è mobile in ogni direzione.

Alla radice del collo si notano simmetricamente zone di vitiligine cutanea.

Non si notano impulsi vasali anormali. Non si palpano linfoghiandole e la tiroide appare di volume normale e un attento esame della regione non mette in evidenza nulla di patologico. Non Oliver-Cardarelli-Grocco.

Torace dismorfo per il prevalere del diametro antero-posteriore (cm. 17,75 a livello dell'inserzione della III costa) su quello trasverso (cm. 15,0 a livello della III costa sulla linea ascellare media): tale rapporto si inverte alla base del torace che è fiancata. Angolo epigastrico ottuso. Lo sterno è pianeggiante con angolo del Louys evidente. Le inserzioni delle cartilagini costali sullo sterno sono normali; le prime quattro coste articolano però con una angolatura sulle loro cartilagini costali. Le scapole sono di forma apparentemente normale. Le clavicole hanno decorso accentuatamente obliquo dall'avanti all'indietro.

La colonna vertebrale toracica, dopo aver formato gibbo cifotico posteriore con quella cervicale ha posizione lordosica che si continua con la lordosi lombare, iniziando dalla III apofisi spinosa dorsale; è mobile in ogni senso.

Fosse sopra e sotto spinate, sopra e sotto clavicolari ben evidenti.

Muscolatura del torace tutta ipotrofica ed ipotonica, tanto che con facilità si può alzare e distaccare dai piani sottostanti la punta della scapola.

I movimenti respiratori sono simmetrici posteriormente: anteriormente la metà superiore dell'emitorace sinistro si solleva nella inspirazione più dell'omologa.

Palpazione: F. V. T. normalmente conservato e trasmesso su tutto l'ambito.

Percussione, suono chiaro polmonare ovunque; basi mobili, seni costo-diaframmatici liberi.

Ascoltazione: respiro un po' aspro a tipo infantile.

Cuore: non bozza precordiale, non impulsi anormali

L'itto della punta si palpa e si delimita con la percussione al V spazio interc. sulla emiclaveare. Margine destro (Orsi Grocco) al limite fra III medio e III sinistro dello sterno all'altezza della IV costa. Angolo epatocardiaco normale. Tratto orizzontale sulla III cost. cm. 2 1/2. Spazio retromanubrio sternale libero. Ascoltazione: toni netti puri, ritmici in tutti i focolai.

Addome globoso espanso con cicatrice ombelicale introflessa, muscolatura leggermente ipotonica. Non resistenza alla palpazione superficiale e profonda, che nulla avverte di anormale; non presenza di liquido.

Fegato: arriva in alto al V spazio sull'emiclaveare, in basso deborda di 2 dita trasverse dall'arcata costale; superficie e bordo a caratteri normali.

Milza: polo superiore al VII spazio sull'ascellare media. In basso non è palpabile. Reni: non si palpano.

Arti superiori, muscolatura di tutto il cingolo scapolare ipotrofica ed ipotonica d'ambo i lati. A destra è più evidente l'ipotrofia del pettorale.

Il braccio destro è in confronto all'omologo più corto di 3 cm. (cm. 24 invece di 27). La metà distale del braccio è mobile sulla metà prossimale per la non completa consolidazione di una frattura del III medio dell'omero con accavallamento dei monconi. Non si provoca con i movimenti passivi delle due metà su di loro rumore di scroscio, i movimenti provocano dolore.

Non vi sono segni di insufficienza o paralisi dei nervi motori del braccio, dell'avambraccio, della mano; tanto a destra che a sinistra tutta la muscolatura dell'arto superiore è però ipotrofica ed ipotonica. I riflessi fisiologi sono tutti presenti.

I movimenti spontanei del braccio destro sull'articolazione scapolo omerale sono limitatissimi per il dolore che essi risvegliano a livello del terzo medio del braccio stesso.

Arti inferiori: d'ambo i lati si nota una cicatrice cutanea a livello del condilo femorale mediale, mobile sul sottocutaneo, ipocromico.

A sinistra cicatrice ipocromica arcuata a livello dell'interlinea articolare del ginocchio.

Ambo i femori hanno forma arcuata, con faccia anteriore molto ricurva a sciabola.

Il ginocchio sinistro è deforme per lussazione posteriore della tibia del femore.

L'arto sinistro è più corto di 3 cm. (72 invece di 75 cm.) di quello omologo.

L'accorciamento è a carico del femore.

Riflessi tutti presenti e normali.

L'esame delle orine agli ordinari esami dà reperti normali. Cutireazione tub. negativa. Pressione 80-105. Wass Meinicke, Kahn: negative Hb. 79; G. Rossi 3.600.000; glb. bianchi 10.200; valore globulare 1,05; formula granulociti neutrofili 67; eosinofili 3; basofili 1; linfociti 23, monociti 6.

I dati delle altre ricerche sono riassunti nella tabella.

Amm. C. M. (**m. di Recklinghausen**).

	Prima dell'intervento	Dopo l'intervento	Cifre normali
a) nel sangue:			
Calcio	mmgr. 14,5 % mmgr. 14,8 %	21-V = 11,7 % 25-V = 8,7 % 7-VI = 9,1 %	mmgr. 8-10 %
Fosforo inorg.	mmgr. 2,1 % mmgr. 2,4 %	21-V = 2,3 % 25-V = 2,5 % 7-VI = 2,45 %	mmgr. 4 %
Potassio	mmgr. 21 %		mmgr. 20 %
Sodio	mmgr. 292 %		mmgr. 300 %
» (in Na Cl)	gr. 6,25 ‰		gr. 5,5-7 ‰
Magnesio . . .	mmgr. 2,8 %		mmgr. 2,0 %
Colesterina . .	mmgr. 180 %	mmgr. 165 %	mmgr. 180-250 %
Glucosio	gr. 1,05 ‰	gr. 0,97 ‰	gr. 0,80-1,10 ‰
b) nelle urine:			
Calcio (nelle 24 ore).	mmgr. 415 mmgr. 432	5-VI = 310 6-VI = 280 7-VI = 335	circa 500 mmgr. ‰

INDAGINE RADIOLOGICA.

Cranio. — Aspetto della teca cranica sfumato. Il tavolato esterno è poco apprezzabile; l'interno è netto e bene evidente. Allargamento del diametro orizzontale del cranio passante per le rocche, in proiezione postero-anteriore. Suture non evidenti. Scarsa evidenza dei solchi meningei e delle vene diploiche. Seni frontali ampi e bene illuminati, seni mascellari pure ampi, di trasparenza aumentata il destro, velato il sinistro.

I seni sfenoidali sono pure bene illuminati, soltanto anteriori alla sella bene illuminati: il tetto del seno corrispondente alla fossa cranica anteriore e alla porzione anteriore della sella è sottilissimo. Sella turcica grande, tendente alla forma trapezoide, con assenza quasi completa delle apofisi clinoidee sia anteriori che posteriori. Dorsum sellae perpendicolare, non molto ingrossato, piccolo sprone posteriore. Non calcificazione dell'ipofisi; epifisi parzialmente calcificata.

Colonna vertebrale cifoscoliotica nel tratto cervico-dorsale, è in lordosi e scoliosi nel tratto dorso-lombare. La scoliosi è a S italica, a larga curva destro-convessa nella porzione dorsale, destro-concava nella lombare.

Torace corrispettivamente deformato; ristretto

RAD. 1ª. — Anca destra (prima dell'operazione).

nella metà superiore, slargato alle basi, presenta gli spazi intercostali prevalentemente più ristretti a sinistra.

Bacino: accartocciato, ossa in toto decalcificate. L'apertura superiore del piccolo bacino ricorda la forma del cuore da carta da gioco. Le ossa iliache e le ali del sacro presentano sparse numerosissime areole di decalcificazione a margini nettissimi; ovalari o rotondeggianti. Le branche ischio pubiche spinte in avanti a becco d'anitra presentano zone di intensissima trasparenza d'aspetto cistico.

Cisti vaste separate da sottili sepimenti al quinto superiore dei 2 femori.

Nella regione diafisio metafisaria distale del femore di sinistra si osservano gli esiti di una frattura consolidata con angolatura aperta verso l'interno e l'immagine di fili metallici per la sutura dei capi. Si ha perciò accorciamento dell'arto.

L'omero destro, a differenza del sinistro incurvato a S, è visibile quasi soltanto nei suoi contorni. La testa e il collo hanno l'aspetto marezzato che ricorda la mollica di pane. La diafisi è sostituita completamente da una formazione cistica con scarsissimi e tenui sepimenti. La corticale esterna al 1/3 medio della diafisi più che interrotta, è totalmente scomparsa; assottigliatissima l'interna.

L'epifisi inferiore è deformata e ruotata, decalcificata e con piccole formazioni cistiche.

Nelle altre ossa scarse alterazioni.

RAD. 2ª. — Omero destro (prima dell'operazione).

Nessun dubbio quindi trattarsi, in campo di rachitismo tardivo e di microsomia, di tipica osteite fibrocistica di Recklinghausen. Discuterne sarebbe ozioso, tanto tipici, completi e inequivocabili sono la storia e i quadri clinico e radiologico completati dalla constatazione di ipercalcemia.

Le premesse fatte portavano pertanto così, data la diagnosi, alla precisa indicazione chirurgica.

La malata venne operata il 21-V-32 (prof. Alessandri).

Operazione: 21-V-932 (Prof. Alessandri). Eteronarcosi (cmc. 80). Incisione a collare alla base del collo da un capo dello strenocleidomastoideo all'altro.

TAV. I — Calcemia.

Divaricato all'esterno lo sternocleidomastoideo di destra si sezionano parzialmente i muscoli sottoioidei dello stesso lato. Si mette così in evidenza medialmente il lobo destro della tiroide e lateralmente il fascio vascolo-nervoso. Caricato anche questo sotto il divaricatore resta così nel campo operatorio solo il lobo destro della tiroide. Questa appare un po' più grossa del normale; alla sua superficie decorrono vene enormemente dilatate, una di esse sul margine laterale della tiroide ha un calibro non inferiore a 5 mm. Dissecando nella profondità il cellulare lasso, appare nella profondità dell'angolo diedro formato dal lobo destro della tiroide leggermente spostato in avanti e verso l'interno, e

TAV. II. — Eliminazione urine.

TAV. III. — Calciuria.

il fascio vascolo-nervoso spostato all'esterno, una formazione ovalare, di colorito giallo roseo, liscia, che si enuclea facilmente da un suo piano di clivaggio in quasi tutta la superficie meno in un piccolo tratto in cui si pone una pinza di Kocher e si seziona. Emostasi. Sutura dei muscoli sottoioidei nel tratto sezionato. Sutura dell'aponevrosi cervicale superficiale. Cute in grappette.

TAV. IV. — Temp. ——; Polso - - -.

Decorso post-operatorio normale. Al 5° giorno si tolgono le grappette; guarigione per prima.

Esame macroscopico del pezzo asportato: Il pezzo asportato ha la forma di una piramide triangolare,

della quale una faccia notevolmente più ristretta delle altre dà alla piramide stessa un aspetto un po' appiattito.

Lungo 22 mm., largo 11 mm., spesso 6 mm.; il pezzo pesa grammi 0,90.

La sua superficie esterna è di colorito giallo sporco con qualche tratto sfumato in bianco ed altri invece ricoperti da macchie di colorito rosso-vivo o più o meno scuro; in alcuni punti è possibile distinguere qualche stria vasale rossa o rosso-violacea.

Il pezzo è avvolto da una capsula fibrosa che lo circonda completamente; solo in un piccolo tratto di qualche mm. la capsula è lacerata e dalla lacerazione fa ernia il parenchima di colore giallo-sporco intenso. La capsula è facilmente distaccabile.

La consistenza del pezzo alla palpazione come al taglio è molle flaccida uniforme.

Si pratica una sezione lungo il maggiore asse del pezzo e parallelamente alle faccie più ampie.

La superficie del taglio appare di colorito giallo-grigiastro, con un fine disegno lobulato, che permette di distinguere, separati fra loro da tratti lineari di colorito più scuro, tre o quattro lobi contigui con perimetro circolare od ovalare, di dimensioni variabili da quelle di un chicco di pepe a quelle di un piccolo fagiolo, nell'interno dei quali spiccano, sparse qua e là, macchie puntiformi di colorito rosso-vivo, in numero variabile da un lobo all'altro.

Esame microscopico. — Ematossilina. Eosina-Orange.

Il tumore è fatto quasi esclusivamente da cellule chiare a tipo fondamentale, solo in qualche tratto e in qualche sezione si mettono in evidenza, a piccoli gruppi cellule oxifile. In gran parte delle sezioni la disposizione tipica paratiroidea è mantenuta; esiste un modico grado di anaplasia: cellule più grandi della norma, a nucleo molto grosso con polverizzazione della cromatina.

In nessuna parte del preparato si scorge la presenza di sostanza colloide.

Per quel che riguarda l'intervento conviene affermare che quando l'indicazione è precisa come nel caso nostro, questo deve compiersi con una ricerca completa operatoria, poichè possiamo affermare dall'esperienza odierna che il tumore in questi casi non manca, e solo può essere in sede non ordinaria.

Come esempio tipico è da considerare il 4° caso riportato da Hunter (1): esso venne operato da Walton, che in un primo intervento riscontrò normali le due paratiroidi superiori: trovò invece il polo inferiore del lobo destro della tiroide più pallido e più duro del resto; incise allora lo strato superficiale del tessuto tiroideo ed enucleò dallo spessore del lobo un piccolo tumore bianco-giallastro opaco; nessun segno dopo l'operazione di insufficienza paratiroidea, nessuna variazione della calcemia (12-15 prima, 14-16 dopo); l'esame istologico

(1) HUNTER D. *Hyperparathyroidism: generalised osteitis fibrosa.* The Brit. Journ. of Surgery, 1931, XIX, 74, p. 203.

del tumore asportato dimostrò trattarsi di un adenoma tiroideo calcificato. Ma Hunter era così sicuro della diagnosi, che al 5° giorno indusse Walton a rioperare; non trovando alcun tumore anche esplorando col dito avanti e dietro la trachea, questi allargò l'incisione e asportò la paratiroide superiore destra che era profonda sull'esofago e fu scambiata per una ghiandola linfatica, e trovò un grosso tumore di quella inferiore destra che stava dietro la trachea e l'esofago di fronte ai corpi della 1ª e 2ª vertebra dorsale, sotto il livello della clavicola.

* * *

Per quel che riguarda la tecnica essa è assai semplice specialmente quando, come nel nostro caso, esiste un adenoma o un'iperplasia delle paratiroidi, che come abbiamo già detto è in genere da ammettere in caso di una osteite fibrocistica generalizzata, in cui siano positivi i dati sopra accennati, specialmente le alterazioni e il ricambio del calcio, e quando le paratiroidi siano nella sede ordinaria.

Raramente in questi casi si riesce a palpare l'adenoma o l'iperplasia; se ciò avviene, naturalmente l'indicazione all'intervento è ancora più precisa e la via di accesso è sul lato in cui si palpa la tumefazione.

Se ciò, come d'ordinario, non è, si devono esplorare le sedi più comuni delle paratiroidi specialmente delle inferiori. Ciò si può fare con una incisione laterale come praticò il Taddei o mediana come propone Magaldi (1), ma è preferibile la via seguita dalla maggior parte dei chirurgi (2), praticando una incisione a collare, che può sin dal principio essere bilaterale, o essere iniziata da un lato e poi nel caso prolungata dall'altro. Come si è detto sopra non trovando le paratiroidi in sede normale, occorre ricercare ai lati della trachea anche molto in basso e anche dietro di essa e dell'esofago (Walton).

Si può usare l'anestesia locale che adoperiamo generalmente nelle operazioni sulla tiroide, o come invece nel caso attuale, la generale, perchè si trattava di una ragazza molto

(1) MAGALDI B. *Studio critico delle vie d'accesso alle paratiroidi.* Annali Italiani di Chirurgia, fasc. 8, 1930, pag. 796.

(2) CHIFOLIAU et AMELINE. *Technique de la parathyroidectomie.* Journal de Chirurgie, nov. 1931, pag. 625. V. anche WALTON J. A. *The Surgical treatment of parathyroid tumours.* Brit. Journ. of Surg., ott. 1931, XIX, 74, 285, e anche la nota di tecnica dello stesso WALTON nell'articolo di HUNTER già citato.

giovane e un po' irrequieta; e ciò specialmente quando non si palpi nulla e si possa prevedere che l'esplorazione dovrà essere completa e prolungata.

Crediamo utile il suggerimento di Cuneo di scoprire bene il margine anteriore dello sternocleido-mastoideo che viene retratto fortemente indietro, per repertare il margine laterale dei muscoli anteriori sterno-ioideo e sterno-tiroideo, che vengono sezionati più semplicemente solo in parte, e spostati verso la linea mediana.

Si scopre così la parte inferiore del lobo tiroideo, colla cui faccia posteriore è il più spesso in rapporto la paratiroide inferiore e sollevandola quindi ed esplorando la loggia fuori della capsula propria della tiroide, si può più facilmente trovare la paratiroide inferiore.

Se come è stato nel nostro caso si trova un adenoma o una iperplasia evidente (nel nostro caso la tumefazione era grande come una nocciuola) l'intervento è molto semplificato. Asportato il nodulo crediamo non sia necessario andare a cercare la paratiroide superiore e neppure quelle dell'altro lato. Così fu fatto nel nostro caso e il risultato ottenuto è stato ottimo. E poichè come fu detto (e come qui pure seguì) succede abitualmente qualche fatto di tetania, talora anche imponente, è prudente in casi simili fermarsi dopo l'asportazione dell'adenoma o della iperplasia, se notevole.

La ferita può chiudersi per prima con sole grappette, e in 5 giorni, come nel nostro caso, potè ottenersi la guarigione.

Diversamente vanno le cose se non vi è adenoma o iperplasia evidente della paratiroide nella sede ordinaria; conviene allora incidere completamente i muscoli pretracheali con sezione trasversale a livello dell'istmo della tiroide e prepararli in alto e in basso scoprendo così tutta la tiroide ed esplorare tutta la faccia posteriore di un lobo e dell'altro, e qui vogliamo accennare alla difficoltà delle ricerche, poichè come risulta dagli studi di numerosi anatomici e patologi, tra cui va ricordato il nostro Pepere, è tutt'altro che costante e precisa la presenza e la sede delle paratiroidi. Anche il loro numero è vario; e i rapporti della superiore e dell'inferiore con la tiroide, la lontananza talora da questa glandola, la sede qualche volta intracapsulare ne rendono assai difficile e incerta la ricerca e il riconoscimento.

Quella deve essere fatta con grande accuratezza e diligenza nella sede ordinaria, e se qui non si trova nulla, deve essere estesa alle regioni vicine; il riconoscimento è anche spesso arduo e si può errare come si è più volte errato, asportando lobetti di grasso, piccoli gangli linfatici, o piccoli lobi aberranti tiroidei, credendo di avere asportato le paratiroidi. Ho già accennato alla tecnica suggerita ed usata dal Walton, che è importante seguire specialmente nei casi di osteite fibrosa generalizzata in cui l'esistenza del tumore è, si può dire, costante. È necessario cioè incidere trasversalmente i muscoli pretracheali e scollarli in alto e in basso ed esplorare oltre la superiore anche le paratiroidi dell'altro lato, e come afferma Walton cercare anche dietro la trachea e fin nel mediastino, e se anche così non si trova niente, egli consiglia di incidere la fascia tiroidea e anche cercare nello spazio dietro l'esofago e davanti le vertebre fin nel mediastino.

Nei casi invece in cui l'operazione è stata praticata per altre indicazioni, nelle quali cioè più raramente e secondo alcuni mai, si trovano dei veri adenomi o iperplasie delle paratiroidi, come le artriti anchilosanti, la sclerodermia, il Paget, la spondilosi rizomelica, l'osteomalacia, il rachitismo, ecc., è noto che alcuni chirurghi consigliano invece di asportare la paratiroide inferiore normale, che se non è facile identificare, di ricorrere ad interventi che indirettamente dovrebbero o asportarla o lederla nella sua nutrizione e vitalità.

Così Oppel consiglia di resecare un certo tratto del lobo tiroideo, nel quale si dovrebbe trovare anche la paratiroide, e Leriche di legare la tiroidea inferiore, nel concetto che essendo l'arteria che va alla paratiroide di tipo terminale e ramo di quella, la glandola viene così atrofizzata e resa non più funzionante (paratiroidectomia fisiologica).

Ma a parte che non sempre in questo modo si può essere sicuri di avere asportato la paratiroide, e che non sempre con la legatura della tiroidea inferiore si raggiungerebbe lo scopo di atrofizzare la paratiroide, benchè le recenti ricerche di Gasparini e Cengiarotti sembrino direttamente confermarle (1), resta il fatto essenziale, che è appunto in questi casi in cui non si trova adenoma o iperplasia evidente, e in cui dunque resta dubbio il rapporto fra la malattia e l'iperparatiroidismo, che i risultati sono spesso nulli o scarsi.

Anche in questi casi invece si ha in genere subito dopo l'atto operativo una diminuzione della calcemia, spesso molto evidente; ma per lo più questa diminuzione è transitoria (da probabile choc paratiroideo) e i risultati defi-

---

(1) GASPARINI e CENGIAROTTI. *Ricerche sperim. sulla ischemia delle paratiroidi ecc.* Riv. di Patol. Sperim., 30 apr. 1932, vol. 8, pag. 298.

nitivi sono come si è detto, in genere assai scarsi, riportandosi la detta diminuzione al trauma operatorio, o alla legatura della tiroidea; tanto più che essa è stata notata anche in altri interventi sul collo (simpatectomia, ecc.) anche quando cioè non si è esercitata alcuna manovra sulle paratiroidi o anche sulla tiroide.

Anche nella nostra Clinica chirurgica è stato operato nel febbraio scorso un rachitico con deformità ossee notevoli, e che presentava un calcolo ureterale (è nota la relativa frequenza della calcolosi che si può riportare all'aumentata eliminazione di calcio). Asportato il calcolo, persistendo eliminazione alta di sali con le urine e avendo trovato una cifra elevata di calcemia fu praticata una esplorazione bilaterale. Non si trovarono adenomi, nè iperplasia netta delle paratiroidi; venne asportato dal lato sinistro un piccolo lobo che si credette la paratiroide inferiore, ma che all'esame istologico si trovò poi essere un piccolo lobo tiroideo aberrato. Anche in questo caso si ebbe subito dopo l'operazione una diminuzione forte della calcemia, che da 13,7 scese a 9,2; ma non si ebbero più variazioni ulteriori, nè alcun segno di insufficienza paratiroidea. Dubbio quindi è il risultato e discutibile l'indicazione in questi casi, o per lo meno dobbiamo affermare che si richiede una ulteriore esperienza o, una differenziazione di casi che converrà poggiare su più minute e precise ricerche cliniche e di laboratorio, poichè evidentemente si può pensare che anche fra quelle lesioni ve ne possano essere di quelle che si debbono riportare a disfunzione o iperfunzione paratiroidea, mentre altre sono riferibili a una patogenesi diversa.

Ma dall'esperienza che finora si è fatta, è specialmente nei tipici casi di morbo di Recklinghausen, con lesioni diffuse ossee e in individui giovani che l'indicazione all'intervento si impone, specie quando concorrano quei segni netti che abbiamo già elencati e che si possono riassumere nei dolori da fratture spontanee, rarefazione ossea, ipercalcemia, ipercalciuria, ipofosfoemia, e ipotonia muscolare. In questi casi non vi è da esitare; e oggi è doverosa una esplorazione delle paratiroidi, anche se negativi sono l'esame diretto e la palpazione, esplorazione su cui conviene insistere con la tecnica completa su ricordata, se non si trova subito il tumore paratiroideo.

Nel morbo di Paget (individui in genere anziani) come nelle osteiti fibrocistiche localizzate e nelle cisti ossee e nelle altre malattie scheletriche e non scheletriche cui abbiamo accennato, la questione è ancora in discussione, e i pochi casi nei quali si sarebbe ottenuto vantaggio con la paratiroidectomia attendono più largo studio e conferme.

Ci sia permesso infine accennare a due punti.

Primo: che può aversi un adenoma paratiroideo anche voluminoso senza che esista la sindrome tipica scheletrica del Recklinghausen o simili.

Sono numerosi i casi operati di asportazione di adenomi paratiroidei di questo genere. Uno di noi ne ha comunicato uno a questa Accademia nel 1909 (1) indubbio nella sua intepretazione anatomo-patologica, grosso quanto un piccolo mandarino, che mai presentò nè prima, nè dopo alcuna sintomatologia speciale.

Evidentemente in questi casi si deve ammettere che non esistesse disfunzione o iperfunzione, come non sempre nell'adenoma tiroideo esistono fenomeni basedovici (adenomi tossici e non). Questa stessa osservazione è stata fatta da Welti (2) che riporta pure un caso da lui operato di adenoma cistico paratiroideo senza alcuna lesione ossea.

Secondo: che questi interventi sull'uomo dimostrano fuori di ogni dubbio e meglio di qualunque esperimento sull'animale non solo l'importanza in genere delle paratiroidi sul ricambio del calcio, ma anche precisamente l'influenza sulla deposizione o sulla liberazione del calcio nel sistema scheletrico. Nella nostra operata una pseudo-artrosi esistente da lungo tempo in una frattura pregressa dell'omero è passata alla consolidazione in meno di un mese dopo l'operazione, come si potè fare constatare nella seduta dell'Accademia, in cui fu presentata l'ammalata, dalla radiografie presentate e dalla possibilità per l'operata di elevare l'arto, movimento che prima non riusciva nemmeno ad accennare.

*
* *

Il tumore asportato risulta essere un tipico adenoma della paratiroide. Con l'intervento la calcemia si ridusse di colpo da 14,5-14,8 a 11,7-8,9-9,01 (per gli altri reperti vedi quadro) e la malata pur non presentando cifre di calcemia subnormali come spesso interviene presentò fenomeni di tetania per fortuna lievi e presenza e lunga persistenza del segno di Chwostek. Il miglioramento an-

---

(1) ALESSANDRI. *Adenoma di origine paratiroidea.* Atti della R. Accademia Medica di Roma, 1909-10.

(2) WELTI. *Du rôle de l'hyperparathyroidisme dans certaines dystrophies osseuses et dans la polyarthrite ankylosante.* Journ. de Chir., nov. 1931, pag. 633-651.

che clinico postoperatorio fu pronto e già a distanza di un mese i movimenti dell'arto erano assai più estesi, assente il dolore, maggiori le possibilità meccaniche, consistenza dell'osso maggiore e notevolmente modificato il quadro radiologico per maggior compattezza dell'ombra e sopra tutto per l'aumento delle trabecole e impalcatura interna e più ancora per la iniziata ricostruzione della parete corticale dell'osso, dacchè i contorni dell'omero si sono fatti visibili, mentre prima erano più che imprecisi, addirittura non identificabili. E lo studio della cronassia, che aveva dato instabilità dei valori da giorno a giorno e eterocronismo neuromuscolare (valori di cronassia diversi da muscolo a nervo con aumento della cronassia nervosa), ripetuto dopo l'intervento dimostrò valori perfettamente normali con scomparsa sia dello eterocronismo che della variabilità dei valori.

RAD. 3ª. — Omero destro 1 mese dopo l'intervento.

RAD. 4ª. — Omero destro 2 mesi dopo l'intervento.

Concludendo: in un caso di tipico Recklinghausen dalla classica sintomatologia e corrispondente in pieno anche al quadro della osteosi paratiroidea di Lièvre è stato nell'intervento chirurgico trovato quel tumore paratiroideo che anche senza alcun segno obbiettivo diretto locale, la ragione clinica indicava come probabilmente presente e causale e la sua ablazione ha svolto utile, diretta e immediata azione curativa dacchè l'errore metabolico del bilancio calcico si correggeva e l'osso che sembrava di vetro soffiato, presto iniziava a calcificarsi e ricostruirsi. Schematicamente così la clinica realizza il più brillante e cruciale esperimento fisiologico nell'uomo. Ma generalizzare o semplicisticamente dedurre ancora non si può, nè si deve per le varie eventualità e diversità che la clinica stessa presenta. Comunque il tipo adenomatoso della lesione, il fatto di esser circoscritta ad una e non a tutte le ghiandole, l'immediato riverbero sul metabolismo calcico e sulla ricostruzione ossea, rendono quanto mai improbabile l'ipotesi di Erdheim (che la lesione paratiroidea sia secondaria per iperfunzione reattiva alla mobilitazione calcica) e più probabile invece l'ipotesi (che la fisiologia conferma) che il *primum movens* patologico, la prima innormalità sia nella iperfunzione o in una speciale

disfunzione tossica delle o di una paratiroide. E questa è vuoi primitiva, vuoi secondaria ad altri influssi interghiandolari (ipofisari particolarmente) o in qualche rapporto diretto o indiretto con la regione neuroipofisaria, d'onde la non rara consociazione con sintomi di diabete insipido, in una percentuale però senza confronti più bassa di quella che figura in un altra singolare malattia calciopriva il morbo di Schuller Christian che, come dicemmo, è

RAD. 5ª. — Anca destra 4 mesi dopo l'intervento.

una lipoidosi e nel quale la gravissima alterazione ossea (sostituzione di masse lipoidosiche al tessuto osseo con ipercalcemia ecc.) va quasi sempre associata a diabete insipido per la sofferenza della regione neuroipofisaria da parte di masse lipoidosiche topograficamente corrispondenti.

Il caso non ha quindi tanto valore perchè è il primo operato in Italia e col brillante successo registrato, ma perchè conferma una volta di più l'esistenza di distrofie ossee calcioprive di origine endocrinopatica e la grande importanza che detta nozione ha per la fisiologia, la patologia e la clinica e inerenti problemi, e perchè sopratutto una razionale terapia chirurgica oggi salva malati da una malattia contro la quale noi eravamo fino ad oggi disarmati o quasi.

Diciamo quasi, perchè mentre vi sono malati — molto rari — di Recklinghausen che neppure con l'ablazione dell'adenoma paratiroideo migliorano e guariscono, altri ve ne sono nei quali il trattamento misto di gluconato di calcio ad alte dosi (per iniezioni e dando 12 grammi al dì per bocca) e di vitamine D (ergosterina, vigantolo, viosterolo, ecc.) ad alte dosi (7500 unità antirachitiche al dì) dà grandi vantaggi; e altri ancora nei quali detto trattamento medico è stato utile solo dopo un intervento chirurgico inefficace. (Delmas e Marsalet) e altri infine persino ribelli al duplice e successivo trattamento.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia rimandiamo alle seguenti monografie che tutto si può dire contengono.

HUNTER DONALD. *Calcium and Phosphorus metabolismus*. The Lancet, 1930, pp. 897-947-999.
ID Quarterly Journ. of Med., 1931, aprile, n. 95.
BIGWOOD. *Le metabolisme du Calcium*. Le Scalpel, 1931, n. 17, p. 497.
LIÈVRE. *L'ostéose parathyroïdienne*. Masson, édit., 1932.

TECNICA.

Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Belluno.
Direttore: Dott. UMBERTO TANFERNA.

Un nuovo metodo di arricchimento per la ricerca del bacillo di Koch.

CARLO FRIGIMELICA, volontario.

Un nuovo metodo di arricchimento potrebbe sembrare superfluo se tutti i ricercatori non sapessero quanto spesso i procedimenti in uso diano risultati molto poco soddisfacenti.

Il metodo che presento, e che ho controllato in più di 200 casi del Sanatorio di questo Ospedale, ha il grande vantaggio sugli altri di essere assolutamente costante e molto semplice. Inoltre non richiede che reagenti di uso comune.

In un matraccio di vetro si mette una certa quantità del materiale in esame e si agita in qualche cmc. di acqua. Si aggiunge quindi tanta soluzione acquosa di Acido Picrico (Soluzione acq. satura a caldo e filtrata dopo raffreddamento) quanto basta a impregnare bene tutta la massa dello sputo che, agitata con una bacchettina di vetro, deve mostrarsi intensamente colorata in giallo anche nelle parti interne. Si può favorire questa impregnazione con un moderato riscaldamento. (In questo caso raffreddare prima di passare all'operazione successiva).

Si aggiungono poi, sempre rimescolando, tante gocce d'Idrato Potassico al 10 % fino a che tutta la massa impregnata con Acido Picrico si sciolga (ciò avviene quasi istantanea-

mente) e si completa la dissoluzione riscaldando a temperatura non molto alta. Si ottiene così un liquido in cui i bacilli di Koch sono ben rispettati e uniformemente distribuiti mentre gli altri elementi figurati sono scomparsi.

Il sistema che ho trovato più conveniente per concentrare i bacilli tubercolari è quello di aggiungere al liquido, ben raffreddato, un terzo circa del volume di Cloroformio e agitare fortemente fino a ottenere una buona miscela. (Questa operazione si può fare direttamente su una o più provette da centrifuga). Indi centrifugare per almeno 5 minuti. (Più si centrifuga meglio è). Nella zona di separazione fra il liquido omogeneizzato e il Cloroformio si forma un anello biancastro che nei casi positivi è ricchissimo di bacilli tubercolari. Versata via la parte superiore si preleva del materiale in questa zona intermedia, si distende sul porta-oggetti (lo striscio può essere discretamente spesso), si lascia asciugare all'aria e successivamente si tratta come uno striscio comune.

Il risultato è spesso addirittura sorprendente. Il numero dei bacilli di Koch osservabili in un campo del microscopio è, rispetto ai preparati normali, sempre notevolmente aumentato, molte volte più che centuplicato.

Sarò grato se, data la semplicità del procedimento, qualche lettore vorrà controllare il metodo che ho descritto.

RIASSUNTO.

Per la ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato l'A. propone un nuovo metodo di arricchimento che, con semplicità di mezzi, consente di osservare un numero di bacilli spesso più che centuplicato.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Il trattamento dei disturbi mestruali.

(F. J. MCCANN. *The Practitioner*, sett. 1932).

Nel trattamento dei disturbi mestruali, è di massima importanza la profilassi; ragazze e donne dovrebbero ricorrere al medico quando la mestruazione è assente, scarsa, eccessiva, dolorosa o troppo frequente. Quando il consueto ciclo mestruale è turbato, si ha la produzione di un circolo vizioso, in quanto che lo stato generale di salute si riflette sulla mestruazione ed i disturbi di questa su quello.

Attualmente, si tende ad attribuire scarsa importanza alle incapacità prodotte da disturbi mestruali, di cui viene pertanto trascurato un pronto ed efficace trattamento. Non meno dannosa è l'opposta tendenza di considerare la mestruazione come una malattia ricorrente. È un fatto però che le donne che soffrono per i loro mestrui non possono svolgere in tali periodi, la stessa attività, delle loro sorelle più fortunate; inoltre una terapia adatta istituita precocemente potrà evitare disturbi maggiori in età più avanzata.

PROVVEDIMENTI D'INDOLE GENERALE.

Aria aperta. È ozioso insistere sui benefici dell'aria aperta e sui danni delle atmosfere chiuse degli uffici, dei laboratori, delle scuole, ecc.; troppo spesso, poi, si passa da questi ambienti chiusi in altri non meno insalubri, come quelli dei cinema o di altri luoghi di trattenimento. Del resto, è frequente l'osservazione di ragazze della campagna che, venute in città, soffrono nella salute generale e di disturbi mestruali.

Dieta. I datori di lavoro incominciano a comprendere che la salute del lavoratore è vantaggiosa per il loro reddito; molti di essi, attualmente, forniscono alle operaie dei buoni pasti e ne hanno osservato come conseguenza un aumento di produzione. La dieta delle ragazze che vanno a scuola è ben lungi dall'essere soddisfacente, con un eccesso di amilacei e di zuccherini e con relativa scarsità di latte, burro, uova. Se le ragazze non sono nutrite a dovere negli anni di accrescimento del corpo, il sistema generativo ne soffre.

Esercizio fisico. In quantità moderata, è molto utile, ma ora vi è tendenza ad un eccesso; specialmente le operaie, dopo il lavoro, sono troppo stanche per fare degli esercizi fisici; ad ogni modo, la passeggiata da casa al luogo di lavoro e viceversa se non è troppo lunga e non eccede le 3-4 miglia, può essere molto utile. Per chi ne ha la possibilità, il lawn-tennis, il golf, il nuoto, il ciclismo saranno

molto giovevoli, il che non toglie che il passeggio sia la forma migliore. Gli esercizi fisici da camera vanno fatti per una diecina di minuti al giorno, specialmente con i muscoli addominali, del dorso e respiratorî; molto importante è il metodo di respirazione, ogni movimento va ripetuto 3-4 volte e va fatto tutti i giorni; gli esercizi fatti ad intermittenza sono di utilità discutibile.

Regolarizzazione intestinale. In considerazione degli stretti rapporti degli intestini con gli organi genitali, è di massima importanza; la somministrazione di un purgante salino prima dello stabilirsi della mestruazione, spesso esercita un'influenza notevole sul flusso mestruale.

Igiene della mestruazione. Le donne che non hanno disturbi non debbono limitare la loro attività, ma quelle che hanno disturbi, è bene che evitino l'affaticamento. Utili sono i bagni caldi ed, in mancanza di essi, la lavatura dei genitali esterni con acqua calda. È necessario cambiare spesso il pannuccio, perchè quello sporco può provocare un'infezione lieve, che si associa alla fetidità dei mestrui sulla fine di essi; tale infezione ricorrente, specialmente in donne ad abitudini poco pulite, può costituire l'eziologia di molti disturbi femminili. La pulizia è un buon metodo di profilassi, che può essere adottato in tutte le classi. Vanno evitati i bagni freddi.

IL TRATTAMENTO DEI DOLORI.

Non si considerano qui i dolori derivanti da malattie pelviche, che scompaiono soltanto con la guarigione di queste; ma l'A. si occupa soltanto dei disturbi mestruali che non sono associati a dette malattie.

Molti sono i rimedi consigliati ed ogni medico pratico ha le sue particolari preferenze: utili sono antipirina, fenacetina, aspirina, piramidone, salipirina. È bene darne subito una dose forte, p. es. una sessantina di centigrammi, seguita dalla somministrazione della metà, ogni ora per 3 volte, se il dolore persiste. Utile è aggiungervi della caffeina, specialmente alla fenacetina, aspirina, antipirina. L'A. consiglia: Aspirina, Fenacetina, ana cg. 30; Citrato di caffeina cg. 12. Se i dolori sono molto tormentosi, si può ricorrere all'oppio od ai suoi derivati, da non lasciare mai alla paziente.

Tendono ad alleviare il dolore: i purganti somministrati prima dello stabilirsi dei mestrui, i bagni caldi senapati ai piedi e le applicazioni calde alla regione ipogastrica e lombosacrale.

LA DILATAZIONE DEL COLLO.

Si pratica attualmente con dilatatori metallici sotto anestesia. Va fatta molto lentamente per evitare lacerazioni che, con le conseguenti cicatrici, comprometterebbero il successo, il quale dipende essenzialmente dalla cura con cui viene fatto il trattamento. Se la dilatazione non riesce in questo modo, si procederà all'incisione per i due terzi della profondità, in modo da lasciar passare il dilatatore più grosso.

Nelle vergini, la dilatazione può farsi anche attraverso l'imene. La si può fare in una sola seduta, ma è meglio farla gradatamente ogni 1-3 giorni. Nelle dilatazioni fatte in una sola seduta e sotto anestesia, è possibile la produzione di lacerazioni estese, con gravi conseguenze infettive. Anche in queste operazioni dette « minori », si deve portare la massima cura per evitare ogni infezione. E l'aggiungere, p. es., il raschiamento uterino alla dilatazione per guarire una dismenorrea grave può essere pericoloso quando essa dipenda da un piccolo fibroma uterino o sia associata con ipoplasia uterina.

DISMENORREA MEMBRANOSA.

L'eliminazione di membrane con i mestrui può essere non dolorosa; del resto, la dismenorrea membranosa non è una malattia, ma soltanto l'esaltazione di un'azione fisiologica, nel senso che lo sfaldamento della mucosa uterina varia d'intensità secondo le varie donne. Ed anche nella stessa donna, i dolori connessi variano secondo i mesi. Si ritiene che il raschiamento sia utile e così pure la somministrazione di joduri e di arsenico. Sono riportati dei buoni risultati anche col vecchio trattamento mediante i pessari vaginali di mercurio e l'applicazione di nitrato d'argento all'endometrio, un paio di volte al mese. Del resto, l'eliminazione di membrane, se non è accompagnata da dolori non richiede nessun trattamento.

DOLORE INTERMESTRUALE.

Si verifica alla metà del periodo mestruale e dura da poche ore ad 1-3 giorni, talvolta accompagnato da leggera perdita di sangue. Tale dolore non va confuso con quello che si ha 7-10 giorni prima dei mestrui. In alcuni casi, si hanno infiammazioni croniche degli annessi, che possono ritrarre giovamento dalla cura con ittiolo; in altri casi, può essere utile la terapia ghiandolare.

Contro molti fenomeni che talora accompagnano la mestruazione, come cefalea, disturbi vasomotori, irritabilità, nervosismo, depressione, può essere utile la somministrazione di preparati opoterapici, specialmente di tiroide. Ad ogni modo, ogni donna con disturbi mestruali va esaminata dal punto di vista endocrino, per scoprire eventuali deficienze.

AMENORREA.

L'assenza o la scarsezza delle mestruazioni sono frequenti nelle giovani con anemia o clorosi e scompaiono con il trattamento dell'ane-

mia stessa; il clima e l'ambiente hanno una grande importanza. Le elevate altitudini, od il cambiamento di località, specialmente dalla campagna alla città tendono a diminuire la mestruazione.

In Inghilterra, la mestruazione incomincia generalmente sui 14-16 anni e finisce sui 40-50, ma vi sono esempi in cui tali limiti sono sorpassati (comparsa verso i 20 anni, o scomparsa per mesi od anni dopo 1-3 mestrui). In qualche caso, si trovano delle affezioni costituzionali o locali (appendiciti, peritoniti, infezioni tubercolari). Altre volte, non si trova nulla.

Il migliore emmenagogo è l'eccitamento erotico e molti casi vengono guariti col matrimonio; si può avere la gravidanza anche se non vi è mai stato un segno visibile di mestruazione. In tutti i casi di amenorrea, è consigliabile di ripetere ad ogni mese, a data fissa, per 2-3 giorni i procedimenti consigliati per ristabilire la mestruazione soppressa: pediluvi senapati caldi, semicupi caldi, applicazioni calde all'ipogastrio, pillole di aloe e mirra per facitare l'azione intestinale.

Di dubbia utilità sono gli emmenagoghi, ivi compresi anche molti preparati opoterapici. Qualche vantaggio si può ottenere con la somministrazione continuata a lungo di piccole dosi di tiroide (3 cg.), mentre nessun risultato ha ottenuto l'A. con i preparati ovarici o di corpo luteo.

La mestruazione può cessare in seguito a gravi malattie (influenza) od a « shock »; utile in tali casi può essere la somministrazione di piccole quantità di tiroide.

La menopausa prematura va trattata a tempo, prima che si abbia atrofia dell'utero e del segmento superiore della vagina; l'A., però, non fornisce indicazioni in proposito.

Quando si ha ritenzione dei mestrui, si deve provvedere per allontanare ogni causa di ostruzione. In ogni caso di amenorrea, va sempre esaminato bene l'addome, nelle vergini, si farà l'esplorazione rettale e, nelle altre, quella bimanuale, tenendo sempre presente che la improvvisa cessazione della mestruazione in una donna sana suggerisce l'idea della gravidanza.

MESTRUAZIONI ECCESSIVE.

La perdita di sangue scuro per parecchi giorni o di liquido scuro e sanioso, indica che i coaguli vengono gradatamente spezzettati e che vi è qualche ostacolo per la libera uscita. Molte sono le cause, locali e costituzionali, della menorragia. Escludendo quelle di origine locale, l'A. rileva che talvolta si può trattare di anemia e che spesso la menorragia si osserva alla pubertà, forse per cause endocrine. In tali casi, il riposo in letto e la somministrazione di estratto tiroideo e di lattato di calcio sono molto utili; il raschiamento non è necessario. Molti casi sono spesso guariti col matrimonio; in alcuni si tratta di abnorme sessualità e vi è talora un eccesso di secrezione ovarica. Anche in tali casi, la tiroide ed il lattato di calcio, ergotina eventualmente con il radio (accuratamente dosato!) sono utili; il raschiamento può talora aumentare le perdite.

La continuazione delle mestruazioni oltre i limiti normali e la perdita di sangue dopo la menopausa devono far nascere il sospetto che vi sia un cancro.

Escluse le cause locali e generali, la menorragia va curata con tiroide, lattato di calcio, ergotina o stipticina e, nei casi resistenti, con radio. In casi in cui è necessario provvedere d'urgenza, si terrà la donna in riposo assoluto in letto, si somministrerà del laudano (L'A. consiglia la soluzione di Battley, che è una specie di laudano) e si farà un tamponamento della vagina con garza asettica. *fil.*

I rapporti tra l'iperfunzione del lobo posteriore dell'ipofisi e l'eclampsia e la nefropatia della gravidanza.

(ANSELMINO, HOFFMANN e KENNEDY. *Edinburgh Medical Journal*, giugno 1932).

Che le varie tossiemie della gravidanza abbiano un'etiologia comune è un fatto universalmente riconosciuto; quale fosse questo fattore non si era finora riusciti però a mettere in evidenza.

Gli AA. partendo dalla considerazione che l'iperfunzione del lobo posteriore della tiroide può provocare gli stessi fenomeni morbosi che si manifestano nelle tossiemie gravidiche hanno ricercato, e dimostrato, nel sangue delle eclamptiche e nefropatiche una sostanza analoga per azione e proprietà al secreto dell'ipofisi stessa.

Essi hanno filtrato, attraverso un filtro di collodio acetico, del sangue di eclamptica, e, l'infiltrato così ottenuto, convenientemente reso neutro, hanno iniettato sotto cute a dei conigli.

La diuresi degli animali sottoposti all'esperimento si è bruscamente modificata, e, un'ora dopo l'iniezione si è arrivati all'anuria completa, che è durata per circa 1/2 ora. Analogo risultato si ottiene se invece del filtrato si inietta un estratto ipofisario.

Negli stessi esperimenti essi hanno ottenuto un notevole, transitorio aumento della tensione arteriosa.

Gli autori inoltre col filtrato sono riusciti a riprodurre negli animali tutti gli altri fenomeni patologici dell'eclampsia: spasmo capillare, attacchi convulsivi, coma, edema polmonare acuto, diminuzione della eccitabilità galvanica.

Non è possibile, allo stato attuale degli studi, poter determinare con esattezza la quantità di secreto ipofisario circolante nel sangue delle

gravide; gli autori del presente lavoro però hanno constatato un rapporto costante tra la gravità dello stato della paziente e la tossicità del filtrato ottenuto col suo sangue sugli animali da esperimento. M. PONS.

ORGANI DIGERENTI.

Uno studio dell'ulcera peptica.

(D. M. DUNLOP e R. M. MURRAY-LYON. *Edinburgh Medic. Journ.*, settembre 1932).

Gli AA. riferiscono su 181 casi con diagnosi sicura osservati dal 1920 al 1930. Non fu fatta una distinzione fra l'ulcera gastrica e quella duodenale. I maschi rappresentavano il 65,2 % dei casi, le femmine il 34,8 % e l'età media dei malati era di 40 anni, mentre l'età media dell'inizio dei disturbi era di 33 anni.

L'85 % dei maschi malati fumava e il 56 % beveva alcoolici. Alcool e tabacco aggravano certamente i sintomi dell'ulcera, ma è dubbio che abbiano veramente importanza etiologica.

Nel 48 % dei casi c'erano segni focali (ai denti, o alle tonsille, o ai seni, o all'appendice), ma anche qui è difficile dire se si deve dare un valore etiologico.

Nel 30,4 % dei casi esisteva un dato professionale importante, si trattava, cioè di minatori che mangiavano ad intervalli molto irregolari. Solo nel 37,8 % dei casi c'era regolarità nell'orario dei pasti, poichè c'era irregolarità anche nel 31,8 % dei casi rimanenti.

Dalle statistiche di Hurst risultò che i medici sono, nel gruppo dei malati non ospedalizzati, i più colpiti dall'ulcera gastrica o duodenale.

Gli AA. trovarono nella maggioranza dei loro casi ipercloridria, che è stata presente negli uomini a percentuale più alta che nelle donne. L'ulcera gastrica era più frequente nelle donne, mentre negli uomini era più frequente quella duodenale. La melena presentava uguale frequenza nei due sessi. La perforazione è stata più frequente nell'ulcera duodenale che in quella gastrica.

L'esame radiologico era stato negativo nel 12,4 % dei casi di ulcera confermata operatoriamente.

Per quanto riguarda la cura, in 27 % dei malati fu necessario intervenire. I morti furono complessivamente 12 (4 per ematemesi, 4 per complicazioni postoperatorie e 4 per perforazione).

Nel 48,7 %, dei casi si ebbe guarigione colla cura medica, la quale diede miglioramento nel 28,9 %, mentre nessun resultato si ebbe nel 22,4 %. Nei malati prima sottoposti a cura medica e poi a cura chirurgica si ebbe guarigione nel 59,8 % dei casi, miglioramento nel 31,5 % e nessun miglioramento nell'8,7 %.

I risultati sono stati tanto migliori quanto più era stata precoce la diagnosi.

Rarissimo è il cancro che si sviluppa su un'ulcera.

I pericoli dell'alcalosi provocata dalla cura medica sono scarsissimi e non si devono temere. R. LUSENA.

La batterioterapia lattica.

(J. DURIEZ. *Arch. mal. app. digestif et nutrition*, luglio 1932).

L'A. ha eseguito la ricerca indiretta dei fermenti lattici in molte feci, dosando gli acidi di fermentazione che esse producevano in un dato tempo ed in determinate condizioni. Risulta che tutte le feci contengono dei germi capaci di dare, a spese del lattosio, una quantità variabile secondo i casi, ma sempre elevata di acidi. Si presenta allora la questione se sia necessario per ottenere la trasformazione del microbismo intestinale, di ricorrere all'insemenzamento artificiale del tubo digerente. È logico ritenere che i microbi lattici ingeriti, pure supponendo che la loro acclimatazione nell'intestino sia possibile, non avrebbero maggiore efficacia contro la flora putrificante che gli stessi germi acidificanti dell'intestino. Se questi sono impotenti contro i germi alcalinizzanti, si è che le condizioni del mezzo non sono favorevoli alla loro pullulazione, cioè che manca loro l'alimento indispensabile, lo zucchero.

In altre parole, le modificazioni bene orientate del regime alimentare, l'ingestione di lattosio o di destrina o forse anche la somministrazione per via anale, sembrano all'A. un processo non soltanto sufficiente, ma anche superiore sotto tutti i punti di vista all'ingestione microbica e capace, meglio di questa, di rettificare la flora e di ristabilirne la composizione normale, come hanno mostrato le esperienze della scuola americana.

Ma non si deve dimenticare che la batterioterapia lattica comporta un certo numero di controindicazioni. Essa va applicata a ragion veduta e deve essere assolutamente proscritta in individui che hanno di già delle fermentazioni intestinali esagerate e specialmente ai bambini e ai tubercolosi polmonari, nei quali essa diminuisce ancora il coefficiente di assimilazione azotata, già debole in tali malati. Sarà invece utile per essi un regime senza amido e cellulosa, con carni, pesci, uova, creme, burro e l'aggiunta di carbonato di calcio.

L'investigazione coprologica diventa così il prodromo necessario per istituire la batterioterapia lattica, dosando gli acidi organici nelle feci e la misura del loro potere fermentativo. La batterioterapia lattica è indicata quando le feci sviluppano un'acidità totale insufficiente e quando questa acidità è soprattutto dovuta ad acidi deboli. La misura del potere fermentativo permette altresì di controllare l'esito della cura. *fil.*

FEGATO E VIE BILIARI.

Gli insegnamenti della colecistostomia negli itteri infettivi.

(T. CHABROL, P. BROCQ e J. PORIN. *Presse médic.*, 6 luglio 1932).

Alcuni itteri del tipo catarrale hanno un andamento clinico sorprendente dopo colecistostomia: il chirurgo è intervenuto pensando ad un'occlusione calcolosa, ad una compressione pancreatica e, non trovando nulla, ha fissato la cistifellea alla cute e l'ha aperta drenandola. Rapidamente il malato perde il colore giallo.

Gli AA. riferiscono il caso di una donna di 45 anni, con ittero giallo-zafferano che durava da 35 giorni al suo ingresso in ospedale, con feci decolorate e urine con reazione di Gmelin positiva e tensione superficiale diminuita, con prurito e bradicardia, con epatomegalia, senza splenomegalia, con galattosuria positiva ed eliminazione abbondante di zucchero nei primi due campioni. La malattia aveva andamento infettivo, con febbre attorno ai 38°.

Le ricerche di laboratorio furono negative per tifo e paratifo e diedero un germe anaerobico la cui identificazione fu impossibile per un incidente di laboratorio.

L'intervento chirurgico fu fatto in 50ª giornata. Nell'ora seguente l'intervento ci fu abbondante deflusso di bile nera, che raggiunse nelle 24 h 150 gr., quantità giornaliera che si mantenne per tre giorni consecutivi, diminuendo dopo, mentre al colore nero si sostituiva quello giallo-arancione. L'esame della bile dei primi 3 giorni dava pigmentocolia 20 volte più alta che nei giorni successivi, mentre l'estratto secco aumentava.

Fu fatto un esame istologico di un frammento di fegato, il quale macroscopicamente si presentava aumentato di volume ma di aspetto normale, senza segni di cirrosi nè di periepatite.

L'esame istologico dimostrò una nettissima sclerosi dello spazio postbiliare. Questa reazione fibrosa rappresentava la trama di elementi mononucleati fra i quali si distinguevano delle voluminose cellule di Küpfer.

Accanto a quest'epatite interstiziale c'era un'iperplasia degli elementi nobili ineguale nella sua ripartizione, cioè si aveva degenerazione atrofica vicino allo spazio portale, mentre al centro del lobulo c'era ipertrofia notevole fino al gigantismo cellulare.

C'era anche una degenerazione vacuolare del citoplasma.

Commentando il caso, gli AA. fanno rilevare la tendenza moderna, in Francia, ad attribuire l'ittero infettivo all'epatite; quindi la colecistostomia metterebbe a riposo il fegato come la cistotomia fa per i reni. Ma non si comprende facilmente come il beneficio della colecistostomia possa vedersi così rapidamente nelle 24 ore.

Questo fa pensare ad un ostacolo risiedente nelle vie biliari. Gosset ha sostenuto l'esistenza di una coledocite. Quel che è certo è che nell'ittero infettivo col sondaggio duodenale si riesce a trovare bile nel duodeno, quindi un certo deflusso c'è.

Gli AA. ritengono che la bile nera trovata nei primi giorni dopo la colecistostomia non era certo dovuta ad una ipersecrezione, ma probabilmente ad alterazioni da coledocite. Le lesioni del fegato nell'ittero infettivo non portano necessariamente all'ittero che è più probabilmente dovuto ad un'angiocolite infettiva, che Naunyn e Umber chiamano angiocolia, senza poter anche escludere l'influenza di uno spasmo dello sfintere di Oddi.

La bile spessa e gommosa può costituire un ostacolo al deflusso biliare e quindi anche nell'ittero infettivo la genesi meccanica può essere ammessa. R. LUSENA.

Il trattamento dietetico della litiasi biliare.

(H. SALOMON. *Paris médical*, 27 agosto 1932).

L'A. consiglia una restrizione nell'uso di alimenti contenenti colesterina, fra cui si trovano specialmente il cervello, il fegato, il rene e le uova (che ne contengono 0,25-0,30 %); praticamente, basta proibire o limitare l'uso delle uova, pure permettendo quelle che entrano a far parte di alimenti preparati (sgonfiotti, *pudding*). È altresì consigliata la restrizione o la soppressione dei grassi, che rendendo possibile il riassorbimento della colesterina le servono da veicolo. Ma è ben difficile od impossibile tale soppressione che porta con sè un forte dimagrimento. Al contrario, anzi, l'A. ha veduto che in malati denutriti la somministrazione di notevoli quantità di grassi ha portato miglioramenti nello stato generale e la scomparsa delle coliche.

Per evitare il burro, molti medici consigliano di sostituirlo con l'olio, di cui la fitosterina non è riassorbita dall'intestino umano. Altri autori consigliano il burro; anche in tale questione, le abitudini dietetiche hanno un grande valore.

Nel regime della litiasi biliare, bisogna tener presente le esigenze dello stomaco, che va trattato come per le malattie con acidità gastrica (evitare i cibi piccanti, molto grassi o molto dolci, le conserve, il caffè, ecc.). Koelsch ha rilevato in questi casi una certa sensibilità termica e sconsiglia l'uso di cibi molto freddi; viceversa, l'A. ha veduto che i gelati, ingeriti lentamente, sono ben sopportati.

L'A. consiglia la seguente dietetica. Ore 8: tè con latte, pane nero e burro; prima di tale colazione, 6-8 prugne secche, lasciate in acqua dal mattino precedente. Ore 9: patate abbrustolite. 10: pane nero e formaggio non piccante. 11: frutta fresca. 12: patata abbrustolita con la buccia o purea di patate. 13: composta di frutta oppure 8-15 datteri. 14: pudding o sgonfiotto. 15: frutta. 16: tè al latte. 17: frutta. 18: pane nero e formaggio. 19: frutta. 20: zuppa di avena.

Pane nero in quantità di 200-300 grammi secondo la statura del malato; frutta da mezzo Kg. a 3/4; quantità di burro secondo il peso del corpo.

Il giorno prima dell'inizio del regime, dare un lassativo, dopo di che le scariche avvengono normalmente. Dopo 5 giorni di tale regime, passare a 5 pasti al giorno, con sufficiente quantità di pane nero e di frutta.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA

Il cinquantenario della scoperta del pneumotorace artificiale.

Si compie nel 1932 un cinquantennio dalla scoperta del pneumotorace artificiale o, meglio, dall'anno in cui Carlo Forlanini si decise a rendere pubbliche le sue idee sull'utilità di installare a scopo terapeutico il pneumotorace nei tisici.

Tempi assai lontani ci appaiono quelli in cui non si intravedeva il nesso fra tubercolosi polmonare e polmonite caseosa ed in cui nessun raggio di speranza appariva per la cura del « mal sottile inesorabile ». La scoperta di R. Koch, mostrando l'unicità della causa dei due processi, portò inestimabili vantaggi specialmente nel campo della patologia e della profilassi, ma bene scarsi in quello della terapia ed ostacolò piuttosto l'avvento del pneumotorace artificiale, in quanto che polarizzò l'attenzione degli studiosi unicamente verso il germe. Contro di questo, si rivolsero pertanto i tentativi terapeutici, mettendo in non cale tutti gli altri metodi, sicchè quasi un trentennio dovette passare prima che le idee di Forlanini venissero pienamente accettate.

La genesi di queste va riportata all'osservazione dei miglioramenti intervenuti in gravi forme di tisi, dopo l'insorgenza di un pneumotorace spontaneo, con consecutivo collasso polmonare. Osservazione antica di secoli, come ci insegna una dotta nota di G. Bilancioni (*Il Policlinico*, Sez. prat., 1918, n. 33, pag. 70) che ne trova le vestigia in Plinio ed in vecchi medici nostri (Baglivi, Luigi Parola) che ne intravidero una possibile applicazione terapeutica.

Ma dove appunto si dimostra la genialità e lo spirito scientifico di Forlanini, si è nell'elaborazione dell'idea e dello studio del problema, fino a risolverlo in tutti i suoi particolari e ad eliminare ogni possibile obbiezione.

Nonostante l'entusiasmo allora suscitato per scoperta del germe, comprese Egli che ad esso « non potesse darsi importanza eccessiva se la sua presenza appariva così funesta solo finchè il polmone respirava ». Ed è proprio nel modo incessante di espansione e di riduzione di tale organo che Egli vede «la causa unica per cui i processi generali vi possono avere l'esito della speciale ulcerazione che costituisce la tisi ».

Da ciò la proposta di istituire il pneumotorace in tale misura da rendere immobile il polmone. « Certo », Egli aggiunge, « mi sembrerebbe temerità il tentarlo direttamente subito sull'uomo tisico », ritenendo necessario procedere dapprima ad esperimenti su animali, in modo da studiarne le particolarità di applicazione.

Queste idee, da lungo maturate, Egli pubblicò in una serie di articoli sulla « Gazzetta degli ospedali », nell'estate del 1882, sotto il titolo: « A contribuzione della terapia chirurgica della tubercolosi, Ablazione del polmone? Pneumotorace terapeutico? ».

Con assiduo e paziente lavoro, si mise allo studio del problema *da solo*, assistito oltre che dalla Sua genialità, da una rara abilità meccanica (E. Morelli, *Il Policlinico*, Sez. prat., 1918, n. 23, ci dice che fu definito il principe degli iatromeccanici). Esperimenti su animali, iniezioni endopleuriche di sostanze diverse — liquidi e gas —, costruzione di apparecchi, studi anatomo-patologici, osservazioni istologiche sul polmone normale, malato, compresso, ricerche di fisio-patologia e di chimica fisiolo-

gica, ecc., un lavoro fervido, costante, nel silenzio e nell'oscurità.

Realizzò, nel 1888, il primo pneumotorace e comunicò due casi guariti al Congresso internazionale di medicina (Roma 1894) e, nell'anno seguente a quello Nazionale di medicina interna, un caso di tubercolosi cavitaria guarito con lo stesso metodo, senza però destare alcun interessamento.

Ritornò poi al lavoro silenzioso, occupandosi di perfezionare il metodo e di raccogliere una più abbondante statistica.

Penosamente, gradatamente, l'idea si fa strada. Applicazioni agli Stati Uniti (Murphy, 1898), consensi da parte di scienziati tedeschi (Marburg, Brauer), la pubblicazione dello stesso Forlanini sulla *Deutsche med. Wochenschrift* di 25 casi guariti, che ammontano a 32 nella comunicazione fatta all'Istituto lombardo di scienze e lettere nel 1907. Il metodo si viene diffondendo in Germania, nella Svizzera, oltre che in Francia per opera di Dumarest. E, finalmente al Congresso della tubercolosi in Roma, nel 1912, a cui Carlo Forlanini partecipò credendo di trovarvi dell'opposizione, il trionfo!

Da allora, la diffusione del metodo che si dimostra sempre più fecondo di risultati, per le molteplici applicazioni, in parte preconizzate dallo stesso Forlanini (ascesso polmonare, emottisi, pleuriti con versamento), dai suoi discepoli (U. Carpi ed E. Morelli, nelle ferite del polmone) e da altri. Il metodo è stato esteso al polmone controlaterale alla lesione (M. Ascoli) ed ha avuto le varie derivazioni che vanno sotto il nome complessivo di collassoterapia. Non a torto, U. Carpi (1) osserva che oggi il pneumotorace artificiale non è soltanto un metodo speciale per il trattamento della tubercolosi polmonare, ma esso viene usato così spesso che va considerato come una regola terapeutica generale per tutte quelle affezioni pleuropolmonari in cui sembra indicato un collasso polmonare di più o meno lunga durata.

Migliaia e migliaia di vite umane sono state salvate e non è certo esagerato attribuire in buona parte alla larga applicazione del pneumotorace artificiale, la diminuzione della mortalità per tubercolosi che si osserva in quasi tutti i paesi civili.

Vada quindi la gratitudine di tutto il mondo a Carlo Forlanini che, soltanto dopo una aspra lotta potè raggiungere il risultato agognato e che, nella sua modestia, non volle onori nè ricchezze. Fulgida e pura gloria italiana che nessuno oggi ci contesta ed a cui tutti riverenti s'inchinano. *fil.*

(1) *Dauerresultät der Pneumothoraxtherapie bei Lungentuberkulose*, in « Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie », diretto da E. LÖWENSTEIN. Urban e Schwarzenberg, Berlin e Wien, 1923.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

R. M. SIEVERT. *Eine Zur Messung von Roentgen Radium und Ultrastrahlung.* Acta Radiologica, 1932. Corone svedesi 20.

La monografia che esce dal laboratorio di fisica del « Radiumhemmet I di Stoccolma, monografia ricca di tabelle e di formule, prende in considerazione come metodo di misura dell'intensità della irradiazione il sistema della camera di ionizzazione collegata ai condensatori.

Il sistema — studiato dal Sievert dal punto di vista fisico — appare superiore secondo l'A. ai comuni metodi elettrometrici nei quali il cavo congiungente la camera di ionizzazione all'elettrometro è fonte di numerose cause di errore.

La monografia è completa sotto tutti i punti di vista specie nei confronti tra i due metodi ed è corredata da numerose figure e schemi e tabelle. E. MILANI.

R. THORAEUS. *A study of the Ionization Method for measuring the intensity and absorption of Roentgen Rays.* Acta radiologica, 1932. Corone svedesi 10.

Anche questa monografia esce dal laboratorio fisico (diretto da Sievert) del Radiumhemmet di Stoccolma: il metodo ionimetrico come base della misura della intensità è studiato completamente e specialmente nei rapporti dei filtri usati in terapia: numerose tabelle e numerosi schemi corredano il lavoro. E. M.

KOEHLER. *Limiti del normale ed inizi del patologico in roentgendiagnostica.* Traduzione italiana di ALBERTI e MOMBELLONI. Ed. Sperling e Kupfer, Milano, 1932, pag. 785, 400 figure. L. 175.

La traduzione dell'Alberti eseguita sulla VI edizione tedesca del 1931 è la prima italiana: il libro del Koehler ha avuto sin dalla prima edizione un crescente successo e anno per anno le edizioni sono aumentate e il libro ogni volta ha figurato ampliato e migliorato nelle figure. Il libro del Koehler è stato sempre indispensabile per ogni radiologo perchè esso rappresenta la guida più sicura per interpretare quelle immagini che stanno tra il normale e il patologico e che sono naturalmente di una interpretazione assai delicata.

Oggi con la traduzione italianissima dell'Alberti, sotto la scorta delle numerose figure che fanno bella mostra in una edizione impeccabile il radiologo ha finalmente a sua disposizione non solo una guida nel suo esame radiologico, ma anche un libro ricco e al corrente di citazioni bibliografiche. E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Roma, 19-22 ottobre 1932.

(Continuazione; vedi num. precedente).

Seduta antimeridiana (20 ott.).

Presidenza: sen. prof. VIOLA.

Causa l'incidente automobilistico occorso al prof. Izar, di cui abbiamo dato notizia, la Relazione viene svolta dal suo maestro prof. M. Ascoli.

L'amebiasi.

(Conclusioni).

Il R., non potendo per la ristrettezza dello spazio concesso per la relazione affrontare in pieno un problema così vasto e complesso nella sua molteplicità di aspetti etiologici, anatomo-patologici e clinici, si limita a sviluppare alcuni punti fra i più controversi.

Prima di entrare in argomento crede però opportuno di illustrare le ragioni che lo hanno indotto a ridurre il titolo della relazione dal plurale al singolare, dimostrando che:

1) quale ameba patogena e solamente ben conosciuta l'entamoeba histolytica, di cui l'E. bartmannii, l'E. nana, l'E. minuta. dispar, e forse l'E. urogenitalis, l'E. polimorfa e l'E. vesicalis, non sono che forme atipiche;

2) una eventuale patogenicità di altre amebe, anche se non si può negare, è tanto rara da non meritare una particolare descrizione;

3) non giustificata sarebbe una distinzione clinica in varie amebiasi in rapporto alle diverse localizzazioni e ai quadri clinici, anche perchè questa distinzione sarebbe contraria alle attuali cognizioni sulla etiopatogenesi delle localizzazioni primarie e secondarie, che affermano queste ultime quali semplici metastasi di una primaria localizzazione intestinale;

4) un concetto di pluralità fondato su una distinzione fra forme nostrali e forme tropicali è in opposizione ai fatti acquisiti per merito specialmente di clinici italiani.

Definito così che la sola E. h. è da imputare come causa di malattia generalizzata e che quindi per *amebiasi* si deve intendere solamente l'affezione legata all'impianto dell'E. h., il R. brevemente riassume le ragioni che hanno per tanto tempo tenuta in sospeso la identificazione delle varie amebe patogene tropicali e nostrali con l'E h., precisando la grande importanza del contributo italiano nella soluzione di un problema che ogni giorno sempre meglio si precisa nella sua enorme estensione, come ben risulta dai dati riportati sulla diffusione di questa protozoosi in tutto il mondo e, particolarmente per l'Italia, dai risultati di una inchiesta accurata condotta dal R. con l'ausilio di quasi tutte le Scuole mediche italiane, dei grandi Ospedali, della Sanità militare e col contributo di numerosi Colleghi liberi esercenti.

Se pertanto l'amebiasi si può considerare quale malattia diffusa in tutto il mondo e in tutte le razze e nel caso particolare del nostro paese quale endemica in tutta Italia con maggior accentuazione per le isole e l'Italia centro-meridionale, non si possono dimenticare episodi singoli che assumono il quadro di vere epidemie, notizia che deve informare l'autorità competente ed anche il singolo pratico ad una miglior sorveglianza sulla forma morbosa, che per la proteiforme veste non sempre è di facile diagnosi. Al proposito il R. richiama l'attenzione della Direzione generale di Sanità pubblica su notevoli divergenze che un'analisi minuta permette di rilevare fra i dati dei bollettini sanitari e i dati desunti dalla letteratura italiana, divergenze che il R. ritiene particolarmente legate ad una imperfetta denominazione della malattia nel testo ufficiale della legge la quale rispecchia l'obbligo della denuncia per la sola « dissenteria amebica ».

Precisate le vie di infezione e di trasmissione, nelle quali grande importanza assumono accanto all'uomo ammalato gli animali viventi a contatto con l'uomo, il R. passa a discutere della grave questione dei portatori, concetto che egli ritiene non aderente al vero nel caso particolare perchè sempre si confonde con quello di convalescente o di malato, dato che le presenza di forme cistiche nell'intestino non può essere che la conseguenza della presenza di forme attive in seno alla sottomucosa.

Riassunto il quadro anatomo-patologico, precisando alcune interessanti particolarità messe in evidenza dalla Scuola peloritana nel quadro anatomo-patologico, dell'amebiasi infantile che vengono bene a spiegare il decorso clinico della malattia in questa età, il R. si sofferma più a lungo sulla parte clinica e sulla terapia, distinguendo in queste parti, per ragioni di peculiare importanza, l'adulto dal bambino e dal lattante.

Poichè la molteplicità e importanza dei problemi trattati rende assolutamente impossibile di riassumere in modo adeguato queste parti senza nuocere alla chiarezza della loro comprensione, ci limitiamo a riportare le preposizioni conclusionali della relazione, che prospettano la somma dei quesiti portati in campo e le soluzioni affacciate dal relatore.

1) Per merito specialmente di Clinici italiani, le conoscenze odierne, togliendo al parassita patogeno il carattere di agente strettamente dissenterigeno, considerano l'amebiasi come malattia nostrale, relativamente frequente ad osservarsi sotto forma endemica nei paesi sub-tropicali e temperati.

La guerra ha meglio valorizzata, messa in evidenza questa forma morbosa, fors'anco esaltando il potere patogeno del parassita; ma noi non contiamo ora per questo una malattia di più quale riflesso della guerra, ma abbiamo solo imparato a conoscere una malattia che il riflesso bellico ha illuminato in pieno.

Nei nostri climi non dobbiamo ricercare come manifestazione dell'amebiasi le forme dissenteriche acute o subacute, quali abbiamo imparato a conoscere come affezioni tropicali, ma dobbiamo invece ricercare le sindromi atipiche, in apparenza attenuate e più proprie al decorso cronico che per un infinito numero di cause fisiche, chimiche, biologiche, la malattia assume nelle nostre regioni.

2) L'amebiasi è malattia diffusa comune a tutte le razze, a tutti i climi.

3) Per una migliore statistica dell'amebiasi in Italia occorre modificare la dizione richiesta per

la denunzia ed alla dicitura « dissenteria amebica » sostituire la formula più propria « amebiasi in tutte le sue forme ».

4) Nel quadro subcronico più proprio ai nostri climi si notano delle punte di acuzie durante i mesi estivi o anche delle piccole epidemie a focolaio che stanno in rapporto con una esaltazione transitoria del potere patogeno del parassita per effetto di errori dietetici, di soverchia ingestione di acqua, per l'impianto di altri germi o parassiti.

5) Allo stato attuale delle conoscenze non vi è ormai alcun dubbio che l'E. h. dia luogo nell'uomo ad una infestazione protozoaria, chiamata perciò *amebiasi* che comprende un insieme di manifestazioni morbose delle quali la più comune è espressa dalla sindrome dissenterica.

6) La sola E. h. può causare una malattia generalizzata con manifestazioni a carico di organi diversissimi e lesioni anatomopatologiche ben definite. Le altre E. possono forse dare solo quadri locali e limitati. Riteniamo pertanto che la parola *amebiasi* possa solo definire l'infezione generalizzata da E. h.

7) L'E. h. è sempre patogena per l'uomo. Solo all'E. h. senza l'aiuto di germi associati sono da riferire le profonde lesioni anatomiche nei vari visceri.

8) La porta di ingresso del parassita è di elezione quella orale. Fra le vie di trasmissione del contagio quella indiretta è forse la più comune, ma accanto all'uomo ammalato o portatore debbono prendersi in considerazione come fonte di contagio anche animali che con l'uomo vivono a contatto.

9) Il concetto di portatore di E. h. si confonde con quello di convalescente o di ammalato latente. Le ricerche più accurate condotte nei vari paesi attestano l'enorme frequenza di questa parassitosi.

10) Nell'intestino, e forse nella vescica urinaria e nella colecisti, il complesso delle lesioni dell'amebiasi subacuta e cronica può interpretarsi come la risultante di una infiammazione flemmonosa, necrotica e ulcerosa, di varia intensità, a focolai, con consecutiva neoformazione in alcuni tratti di tessuto di cicatrice più o meno retratto che sostituisce la sottomucosa, e con proliferazione della mucosa soprastante. L'ingresso dell'E. h. in seno ad altri tessuti genera una serie di lesioni che si possono far risalire a tre fondamentali alterazioni: congestione, sclerosi, necrosi seguita da colliquazione, qualunque sia la natura e costituzione del tessuto di impianto del parassita.

11) Il quadro anatomo-patologico dell'amebiasi infantile spiega il decorso clinico in questa età con sindromi di sepsi o di tossicosi senza turbe intestinali o con modifica sindrome enterocolica.

12) Il reperto ematologico non presenta caratteristiche peculiari all'infuori di una costante oligocitemia con ipercromia.

13) L'amebiasi si svolge sempre allo stesso modo e quantunque variabile nei suoi aspetti, nelle sue forme, è sempre una netta sua essenza, tanto nei focolai endemici tropicali e subtropicali come in quelli autoctoni delle zone temperate.

14) L'amebiasi è malattia ad evoluzione torpida, ricca di esacerbazioni e di remissioni, interrotte da lunghi intervalli di calma ingannatrice che potrebbero far pensare alla guarigione, mentre non sono altro che periodi di latenza del parassita in rapporto a stati di equilibrio tra azione offensiva dell'E. h. e reazione difensiva dell'ospite.

15) L'amebiasi intestinale è sempre malattia squisitamente cronica, a sindrome locale atipica, proteiforme, accompagnata a disturbi generali e deperimento organico progressivo, nel cui decorso le riacutizzazioni parossistiche non sono che accidentali episodii.

16) Ogni caso di amebiasi intestinale presenta una sintomatologia propria, personale, che dalla varia resistenza individuale, dalla predisposizione o labilità di determinati organi, dalla speciale reazione soggettiva ad un unico stimolo, trae la speciale figura.

17) La diagnosi di amebiasi intestinale si fonda principalmente sull'accurato studio di un preciso anamnestico e sul risultato dell'esame coproscopico condotto con tecnica esatta.

18) La propagazione a distanza dell'infestazione amebica è dovuta al trapianto del parassita dall'intestino in altri organi. Un impianto diretto dell'E. h. nelle vie aeree, nella vescica urinaria, nella colecisti, non è giustificato dalle attuali conoscenze sulla biologia del parassita. Il fegato è la sede più frequente di tale processo secondario, mentre le localizzazioni nel polmone, nel cervello, ed eccezionalmente in altri organi, sono eventualità molto più rare e quasi sempre in dipendenza alla loro volta dall'impianto epatico.

19) Esiste una cistite amebica, con localizzazioni nello spessore della parete della vescica dell'E. h., che si può identificare con l'E. vesicalis di Penso. Le obiezioni circa il mezzo ambiente, la morfologia del parassita e le proprietà biologiche di esso, trovano nel confronto con il comportamento dell'E. h. nei mezzi culturali una logica spiegazione. La terapia di questa forma è devoluta all'emetina.

20) L'amebiasi polmonare è una affezione forse meno rara di quanto sinora risulti, che però solo eccezionalmente è dato riscontrare come forma pura negli stati iniziali. Più frequente è l'osservazione di casi misti, col quadro clinico di ascessi misti da E. h., il cui diagnostico di probabilità è fondato su dati collaterali piuttosto che su dati diretti. È malattia grave, a prognosi riservata, ad evoluzione unica in lesione ulceroflemmonosa, la cui terapia può eccezionalmente essere medica, raramente devoluta alla collassoterapia, di norma mista medico-chirurgica.

21) I rapporti fra amebiasi ed ascesso epatico nostrale, già affermati da clinici italiani or sono 40 anni, trovano in ricerche sistematiche la loro dimostrazione.

22) L'E. h. giunge al fegato nel maggior numero dei casi per via portale, solo eccezionalmente può giungervi per altre vie.

23) Nel quadro anatomo-patologico dell'amebiasi epatica si comprendono abbastanza bene tutte le varie forme cliniche descritte dagli AA. Ciascuna di esse non rappresenta perciò alcunchè di speciale, di diverso, ma solo una tappa più o meno lontana nel processo di evoluzione della amebiasi epatica.

24) Contrariamente all'affermazione di alcuni AA. non possiamo ammettere l'esistenza di una lesione colecistica primaria da E. h., come non possiamo ammettere una lesione colecistica da E. h. indipendente da lesione epatica.

25) Fra le cause etiologiche della cirrosi epatica deve forse venire annoverata anche una infestazione da E. h.

26) Lo stadio presuppurativo di Rogers è fondato su basi esclusivamente cliniche, mentre nessun dato anatomico permette una netta distinzione fra lo stato di necrobiosi e lo stato di vera colliquazione.

27) L'esame clinico dell'ammalato nulla offre di caratteristico per una diagnosi di epatite amebica colliquata. Noi possiamo solo porre una diagnosi generica di epatite, suffragata dai rilievi di laboratorio e perfezionare la diagnosi etiologica col sussidio di mezzi diagnostici diretti ed indiretti. Ma quello che più importa per giungere alla diagnosi è il pensare alla possibilità di tale forma morbosa.

28) La puntura esplorativa del fegato non offre alcun pericolo ed è l'unico elemento probativo per la diagnosi di epatite colliquata. L'esito negativo di una puntura epatica, anche ripetuta a cielo chiuso o a cielo aperto, non esclude la presenza di una raccolta intra-epatica.

29) I caratteri fisici del materiale estratto con puntura esplorativa epatica o emesso con vomica possono indirizzare alla diagnosi etiologica dell'epatite: unico elemento probativo è il riscontro microscopico dell'E. h. o l'esito di terapia emetinica.

30) La terapia della amebiasi intestinale è esclusivamente devoluta all'emetina abbinata a preparati arsenicali. L'uso dell'alcaloide deve essere precoce, tempestivo, sufficiente, ripetuto in cicli seriali, solo con cura « cronica » si può avere ragione di malattia « cronica ».

31) Nel bambino, ma particolarmente nel lattante l'amebiasi assume quadri clinici particolari, con predominio delle forme settiche e tossiche, senza lesioni ulcerative. La particolare sensibilità all'emetina e ai preparati arsenicali modifica sensibilmente la posologia.

32) Col trattamento emetinico arsenicale, associato o no ad epatocentesi, l'intervento chirurgico nella cura dell'epatite amebica colliquata è diventato un intervento episodico.

Terminata l'esposizione orale della Relazione, il Presidente dichiara aperta la

Discussione della Relazione.

L. DEVOTO (Milano). — Crede di non essere il meno adatto a ringraziare a nome del prof. Izar, al quale invia ancora una volta il saluto augurale dell'assemblea, il prof. M. Ascoli, che nella illustrazione della relazione Izar sull'amebiasi ha messo in rilievo i risultati veramente suggestivi ottenuti, risultati che onorando l'allievo e la sua scuola, non possano non onorare anche il Maestro, con il quale si compiace vivamente.

G. BOERI (Napoli). — Ringrazia vivamente Izar ed Ascoli per il riconoscimento che hanno voluto fare dei lavori compiuti dalla sua Scuola sull'amebiasi. Quanto alla questione della ricerca dei portatori, richiama l'attenzione sulla necessità di non confondere amebe apatogene con forme patogene. Certamente abbondano portatori ed ammalati, nei quali la presenza di amebe patogene resta a lungo ignorata. È utile, nei casi dubbi, ricorrere alla cura di prova, per quanto non manchino casi di emetino-resistenza o di assuefazione all'emetina.

Richiama l'attenzione dei pratici sulla frequenza delle epatiti amebiche; sembra che si debba ammettere un'amebiasi epatica anche primaria. Tale nozione è importante, perchè deve indurre alla cura di prova anche in casi dubbi.

Per quanto resti dubbio se un ascesso epatico colliquativo già costituito, da amebe, possa regredire con la cura emetinica, non è dubbio che in fasi meno inoltrate l'amebiasi epatica guarisca con la cura specifica. In un caso osservato, di quadro generale infettivo di imprecisabile etiologia, solo il lieve ingrandimento e la lieve dolentia del fegato indussero a praticare la cura emetinica, che ebbe rapida ragione del male. Per quanto non si potesse ammettere un ascesso già costituito, per il pronto risultato raggiunto con l'emetina, si aveva discreta leucocitosi neutrofila.

Oltre la sindrome dissenterica, l'amebiasi può dare reazioni infiammatorie peri-intestinali, qualche volta così notevoli come volume e resistenza, da simulare il neoplasma come in un caso tipico osservato. Non solo lungo tutto il colon si possono avere pericoli di origine amebica, che possono, agli effetti specialmente meccanici, creare una sintomatologia di neoplasma. In tali casi, non può certo l'emetica dare la guarigione radicale, ma certamente si riesce con l'emetina ad arrestare tutto ciò che di attivo di origine amebico esiste ancora nel caso; gli infiltrati e le stenosi residue eventuali si possono poi trattare anche con mezzi chirurgici.

Insiste sulla opportunità di una più ampia utilizzazione della retto-sigmoidoscopia, il cui valore diagnostico ha potuto apprezzare già da molti anni nel proprio Istituto. Essa permette anche il prelevamento diretto del materiale per esami, praticato per l'amebiasi da prima dal dott. Caputi, della sua Scuola.

A proposito della terapia, giudica rimedio principe l'emetina, rimedio peraltro non senza pericoli e che va adoperato con prudenza. In realtà l'emetina, anche a dosi non eccessive, è spesso dannosa per azioni secondarie; poichè deprime il tono cardio-vasale; è molto importante, come giustamente Ascoli ha rilevato; essere guardinghi specialmente negli ipotesi. La cura emetinica deve essere discontinua e quando sia necessario riattivante.

Anche dallo Yatren ha avuto discreti risultati, nei casi adatti.

Non bisogna dimenticare l'importanza di agenti batterici associati, specialmente bacilli meta dissenterici, che non di rado sono la causa dell'apparente emetino-resistenza e che indicano l'associazione, alla cura specifica, di un trattamento autovaccinico, come ha dimostrato, nella sua Scuola, Fragomele.

T. PONTANO (Roma). — È utile fermarsi su alcuni punti delicati del problema, quali almeno sono apparsi all'O. nel lungo e diligente studio dell'argomento. Il primo punto riguarda la *diagnosi dell'amebiasi*, specialmente nei riguardi del concetto di *portatore*. Dacchè l'amebiasi ha incluso nei suoi confini, oltre che l'episodio dissenterico, tutte le sindromi di turbata funzione dell'intestino (dalle diarroiche, alle stitiche, alle dolorose, ecc.), non si può restare all'antico *binomio diagnostico*: *dissenteria ed esame positivo delle feci!* Oggi alla diagnosi di amebiasi biso-

gna pensare anche se non si è di fronte al dissenterico; ma d'altra parte bisogna restare diffidenti anche di fronte ad un esame di feci chiaramente positivo per l'amoeba hystolitica! L'O. vuole ricordare che esistono criteri clinici fondamentali per prendere in considerazione il sospetto diagnostico di amebiasi intestinale, anche se manca il quadro dissenterico. I caratteri comuni alle sindromi amebiasiche sono: la *cronicità* e la *recidività;* un carattere meno costante è il *variare* e il *susseguirsi di episodi differenti*: *ad un episodio dissenterico, ne segue uno diarroico, uno doloroso, uno di stipsi spastica.* Purtroppo non tutte le sindromi enterocolitiche con tali caratteri sono amebiche; su 3000 enterocolitici di Roma solo 150 erano amebici!

È necessario l'*esame delle feci;* di grande utilità è l'esame rettoscopico. Ma, mentre prima noi credevamo che un esame delle feci positivo poteva equivalere ad un suggello diagnostico inequivocabile, le recenti ricerche rendono prudenti nelle conclusioni: esistono, in percentuali differenti nei vari Stati, nelle varie provincie, nelle varie classi sociali, soggetti che non sono neppure enterocolitici, che nessun disturbo presentano alla ricerca anamnestica più pedante, nei quali si rinvengono le amebe istolitiche tipiche di Schaudinn; esistono cioè *portatori di ameba istolitica.* L'O. deve dire per esperienza diretta, e per ricerche eseguite nei malati degenti nella sua clinica, in anni differenti che in una percentuale dal 6 al 9 % si rinvengono a Roma amebe nei soggetti, che non richiamano particolare attenzione sull'intestino. Si può la percentuale ridurre a 4-6 %, escludendo coloro che in passato furono sicuramente enterocolitici a lungo clinicamente malati, ma resta sempre un certo numero di *portatori clinicamente sani.* Ora l'O. deve chiarire il suo pensiero sulla figura di questi soggetti: essi non sono sani, non sono cioè portatori sani; radiologicamente il loro intestino è malato (sindrome di stipsi spastica, bollosità, digitazioni, ulcere, ecc.); era facile prevedere il risultato della nostra indagine, conoscendo la biologia dell'amoeba istolitica. Ma il fatto resta di grande interesse clinico; chi ha infatti un tumore dell'intestino può essere un portatore di amebe; un diarroico per altra causa può essere un portatore di amebe patogene; e allora la facilona tendenza a concludere semplicisticamente può portare a grossolani errori e indurre ad insistere nella cura emetinica su un canceroso!

Ricorda però che l'ameba istolitica può determinare sindromi stenotiche rettali, può occasionare vere produzioni flogistiche neoplastiformi, per cui si può ritenere come malato di tumore, e rispettivamente portatore di amebe, un vero amebiasico, che nella infezione amebica ha la ragione di tutta la malattia e delle sofferenze!

La diagnosi di amebiasi non è più il resultato di un esame di laboratorio, ma il frutto di pensiero, e di equilibrio clinico: è bene che i medici ricordino!

Un secondo *punto* sembra all'O. di notevole interesse: *il reperto parassitario negli amebici.* È opinione classica che le amebe patogene abbiano i caratteri assegnati da Schaudinn; l'O. deve osservare che talora il primo reperto delle feci offre delle forme vegetative non caratteristiche; mentre prima l'O. rifutava come amebici tali malati, oggi è divenuto più prudente. L'O. purga e per molti giorni tali malati e ripete l'esame delle feci; non di rado il reperto muta e l'ameba hystolitica tipica si presenta. È la coesistenza di varie specie amebiche, o è la stessa ameba che può avere aspetti morfologici differenti? certo alcuni malati guariscono con l'emetina (che non è un antidiarroico, come la chinina non è un antitermico) senza aver presentato mai forme caratteristiche di Schaudinn, sì da far pensare che non la solo hystolitica sia patogena. Purtroppo noi siamo ancora frustrati nelle nostre aspirazioni di chiarezza in tale argomento e dalla difficile colorazione del protozoo, e dalla impossibilità di avere culture in serie per molte generazioni, perfino dall'incertezza della riproduzione sperimentale, che una volta si riteneva un fatto non discutibile: tra queste incertezze spuntano ogni giorno nuove specie di amebe, e tra le istolitiche, sorge l'ameba dispar di Brumpt, il quale vorrebbe distruggere tutto l'edifizio clinico faticosamente raccolto nei paesi europei! Solo il clinico nel suo equilibrio, vagliando adeguatamente sintomi e reperti, giudiziosamente usufruendo dei tentativi terapeutici, può essere arbitro sulla difficile impresa della diagnosi di amebiasi!

Saltando ad un altro punto l'O. dice che da anni gli è sembrato assai interessante, la *localizzazione epatica* dell'amebiasi, che corre sotto il nome di *epatite suppurata* e di *ascesso epatico.* Vorrebbe che la denominazione suppurativa fosse definitivamente abbandonata, come fu abbandonata a proposito della gomma sifilitica, e di altri processi morbosi d'origine protozoaria, vorrebbe che fosse abolita la denominazione di ascesso epatico.

Manca perfino in molti casi quella leucocitosi, che è carattere quasi costante delle suppurazioni: in qualche caso, da lui descritto, i leucociti raggiungevano la cifra normale. Ma su un secondo punto vorrebbe essere esplicito: sullo *stadio presuppurativo* di Rogers; egli vorrebbe fossero aboliti e il *pre-* e il *suppurativo!* L'epatite amebica è quello che è, un processo cioè di necrosi con colliquazione, che non può essere accomunato coi processi suppurativi, in omaggio ai sani princìpî di patologia generale; deve considerarsi come un particolare prodotto dell'attività dell'ameba; questo (ed egli cercò di valorizzarlo per la diagnosi), *è detrito e non pus;* su tale conoscenza egli basò *i princìpî fondamentali di cura medica* e diede per primo la ragione della guaribilità e della guarigione: qualcuno lo accusò allora di dire cose non troppo convincenti!

Il prof. Boeri è prudentissimo nelle sue affermazioni: egli teme che le raccolte amebiche non guariscono con la cura specifica, ma in questo punto gli permetta di essere di parere del tutto opposto. La localizzazione amebica nel fegato guarisce con la cura medica non solo all'inizio (nel così detto stadio presuppurativo di Rogers), ma anche nel periodo colliquativo. Noi sappiamo che il periodo presuppurativo di Rogers è caratterizzato dal fatto che non si riesce ad estrarre il pus, e il processo guarisce con l'emetina! ma l'O. ha affermato, sulla base dei primi 6 casi, e poi sulla fede di 30 casi curati, che l'*epatite amebica guarisce anche se colliquata*, anche se cioè la raccolta giunge a dare il quadro clinico dell'ascesso epatico! Alle sue prime osservazioni fu perfino

obbiettato che l'ascesso si era vuotato, senza che egli se ne fosse accorto! Ma, a sanare questi sospetti incredibili, egli fece seguire l'illustrazione di un nuovo caso, nel quale, per 7 volte, estrasse il prodotto colliquato, in giorni differenti, finchè non riuscì più ad estrarne, perchè il malato, con la sola cura medica, era guarito di una grossa raccolta epatica!

Naturalmente il volume del fegato diminuisce lentamente: ma che forse costituisce un grave danno per il malato, quando la febbre ed ogni sofferenza sono cessate, attendere il riassorbimento della parte colliquata? che questa avvenga nella quasi totalità dei casi l'ha potuto dimostrare, seguendo per mesi, per 3, per 4 mesi, per un anno, i suoi malati. Un pericolo mettono avanti gli interventisti ad ogni costo: la raccolta epatica si incista e resta *caput mortuum*, come un pericolo per la esistenza del malato! Ora egli domanda, se il fatto avviene, a quale chirurgo verrebbe in mente di operare una cisti da echinococco morta, incistata o calcificata nel fegato?!

I chirurgi di Roma hanno perduto l'abitudine di operare le raccolte epatiche amebiche; a Roma esse guariscono con la cura specifica; fuori di Roma molti chirurghi operano e poi curano con l'emetina; essi aggiungono, senza benefizio per il malato, alla cura un intervento inutile! e la cura emetinica ha così rapidamente ragione del processo, che vince ogni desiderio interventista: ricorda il caso più recente di un medico nel quale un disgraziato errore di diagnosi (egli era tenuto sotto cura pneumotoracica per una lieve lesione polmonare) permise che febbri alte intermittenti per quattro mesi riducessero il malato in cattivo stato: la puntura esplorativa di un fegato enorme per grandezza dimostrò liquido coi caratteri del colliquato amebico; la cura in 3 giorni fece cessare febbre e dolore e legò le mani al chirurgo, che aveva già impugnato il coltello operatorio!

Ma viene un'altra questione: se è piccolo, dicono molti, la cura emetinica vale; se è grosso, non vale e allora operate!

Ora l'O. domanda se v'è raziocinio in questa indicazione; naturalmente quelli grossi si riassorbono con maggiore lentezza, la cicatrice sarà più profonda, ma guariscono! ma che forse il chirurgo, che apre, sostituisce fegato nuovo a quello già distrutto e colliquato? Se la febbre cessa, se il processo morboso si spegne, quando la raccolta è grossa, per mezzo della cura medica, lasciate che si riassorba, anche se si riassorbe lentamente! Un ultimo dato a proposito della raccolta epatica da ameba: se si riscontrano germi nel contenuto aspirato con la puntura esplorativa e la qualità non è mutata (detrito e non pus), la cura medica è sufficiente, le cellule epatiche e i leucociti hanno ragione dei germi ospiti e non causa di danno; egli ha casi dimostrativi nei quali la guarigione è stata ottenuta con l'emetina, a malgrado dell'inquinamento con germi (b. coli, stafilococco).

Col problema della guarigione dell'epatite amebica è legato quello della *specificità dell'emetina*.

Su questo punto egli non è d'accordo col relatore prof. Ascoli: egli premette che l'uso dell'emetina offre pericoli, talora gravi, e che, accanto all'emetina, deve essere annoverato il Yatrèn 105, che ha virtù curative specifiche. Ha usato largamente lo Yatrèn 105; ha ricavato la convinzione che esso aiuta l'azione curativa dell'emetina nell'amebiasi intestinale; è un preparato jodico ad azione fortemente purgativa; ma la virtù specifica va saggiata nella cura dell'epatite amebica; prega il prof. Ascoli di saggiare l'azione dello Yatrèn sulla epatite amebica; egli non avrà quella guarigione, che avrà con poche dosi emetiniche. E non avrà la guarigione neppure coi preparati arsenicali più in voga nella cura dell'amebiasi (stovarsolo, spirocid, neosalvarsan); sono anche questi collaboratori del sovrano rimedio specifico che è l'emetina.

D'accordo col prof. Boeri: l'emetina può servire come mezzo diagnostico, a un patto solo, che si tratti cioè o di una forma intestinale recente, o di una epatite amebica, e che il rimedio sia usato *a dosi curative*.

Le dosi devono raggiungere gli 8-12-15 cgr. quotidiani, per non incontrarsi nelle così dette amebiasi emetino-resistenti. Sulla resistenza naturale ed acquisita dei protozoi patogeni ai rimedi specifici egli ha già pubblicato le sue ricerche e sono poco credenti; in tema di emetina, basta elevare le dosi e l'emetino-resistenza cessa; basta istituire cure generose intermittenti, come è necessario nelle malattie protozoarie, per evitare la resistenza acquisita. Ben differente è il caso delle *forme croniche nostrane*, che rimontano a molti anni, nelle quali *l'infezione è il punto di partenza e le lesioni anatomiche sono il punto d'arrivo;* nelle quali l'armonia della funzione gastroenterocolica è profondamente turbata da lesioni della parete periviscerale.

In questi casi l'emetina giunge, se pure con maggiore difficoltà, a sterilizzare l'intestino; ma non raramente i disturbi continuano e allora è ingiustificato parlare di emetinoresistenza. Ci si può convincere della verità da queste affermazioni seguendo il malato con ripetuti, talora innumerevoli esami di feci: si sterilizza l'intestino dalle amebe, ma per i disturbi persistenti, per una periviscerite radiologicamente accertata, come è accaduto all'O., si è costretti a consegnare l'ammalato al chirurgo, per riparare ai danni anatomici e alla funzione lesa. Questo tema dell'amebiasi sarebbe stato un ottimo tema da discutere in comune coi chirurgi: ad essi noi abbiamo sottratto la cura dell'epatite amebica, ma ad essi dobbiamo dare il nostro paziente per i danni permanenti, stabilizzatisi su intestino cronicamente malato!

Si è parlato *dei danni* dell'emetina; invero noi non possediamo rimedi specifici, che non siano accusati di determinare dei danni: basterà citare il Salvarsan, la chinina: egli ha veduto morire per emoglobinuria, un soggetto malarico a cui furono somministrati come prima dose terapeutica, 2 grammi di chinina; ma l'O. di chinino ne ha somministrato quintali ai suoi malati, ed anche di emetina ne ha somministrata parecchia. Chi volesse affermare che l'uso dell'emetina è privo di inconvenienti non sarebbe nel vero: essa provoca quasi sempre una notevole astenia, che si dilegua in un mese; è medicamento con azione di cumulo e perciò deve essere somministrata a periodi, con tregue di riposo; ma è pericolosa se usata per via endovenosa, è tossica se il preparato non è puro, specialmente se contiene della cefalina. Nel resto essa è innocua, se il preparato

è puro, se è usata a dosi curative, intermittentemente. Non diffondiamo ed esageriamo i pericoli, altrimenti vedremo amebici, curati con 1-2 cgr. al giorno di emetina e senza effetto alcuno! La cura deve durare mesi, talora fin 1-2 anni: l'amebiasico non guarisce in pochi giorni nè in pochi mesi; nessuna meraviglia quando si afferma che la cura della sifilide deve durare anni, che la cura della malaria, deve durare mesi, perfino un anno e più; non è lecito più perdere la fede se l'amebiasi richiede cura lunga, intermittente, a dosi generose; si ricordi che contro la forma cistica del parassita i nostri rimedi specifici si spuntano e quindi la sterilizzazione del malato deve essere lunga, paziente!

Due parole sulle *localizzazioni polmonari* alle quali ha accennato nella sua lucida relazione il prof. Ascoli: l'O. non le ha mai vedute; non ha mai potuto diagnosticare una bronchite amebica, un ascesso amebiasico; e li ha cercati diligentemente; questo non vuol dire nulla. Chi l'ha vista una sola volta e bene, ha ragione più di chi non l'ha mai vedute. Ma quello su cui vuole insistere è sul significato dei successi nella cura degli ascessi polmonari; essi guariscono qualche volta col pneumotorace, qualche volta col neosalvarsan, qualche volta con l'emetina, qualche volta anche senza medicamenti. Nella sua esperienza p. es. sono guariti col neosalvarsan ascessi nei quali il reperto fusospirillare era abbondante, ed altri in cui tale reperto mancava; ma l'O. si è incontrato in ascessi che non sono guariti con nessun mezzo curativo: evidentemente etiologia e stato anatomico sono condizioni che mutano caso per caso le condizioni di cura dell'ascesso polmonare; non può valere il resultato buono della cura emetinica per inferirne che l'ascesso era amebico; bisogna pensare che così come il salvarsan può essere efficace per microbi differenti dalla spirocheta, l'emetina può avere azione su microrganismi differenti dall'amoeba hystolitica.

L'emetina invece agisce vigorosamente e presto nelle raccolte epatiche, agisce presto nella dissenteria acuta, agisce nelle forme inveterate con ritardo e riparando solo ad una parte dei disturbi, ma agisce anche nelle raccolte epatiche con presenza di germi comuni; solo se la raccolta colliquata è trasformata per i germi complicanti *in vero pus*, il chirurgo deve intervenire.

Nella diagnostica delle malattie intestinali in Italia bisogna pensare alle possibilità dell'amebiasi, e bisogna accertare non solo, ma ragionare con mente serena e critica sul malato; bisogna curare; il medico oculato sarà un vero trionfatore, se la diagnosi è esatta e la cura è pronta!

F. PULLÈ (Roma). — Si associa a quanto ha esposto il Pontano sull'etiologia, diagnosi e prolungata cura, per anni, dell'amebiasi.

Rivendica anche alla Clinica Medica di Bologna il merito di avere tra le prime in Italia richiamata l'attenzione sull'importanza da darsi agli studi e ricerche sull'amebiasi.

Crede non ozioso e non discaro ai Congressisti rammentare un interessante caso clinico di amebiasi occorso in uno dei più famosi personaggi della storia antica ed odierna, Napoleone I.

Napoleone morì a S. Elena il 5 maggio del 1821 non di cancro come erroneamente si ritiene dai più, ma di epatite colliquata da pregressa dissenteria amebica con svuotamento dell'ascesso nello stomaco. La diagnosi non è stata fatta da me, dice l'oratore, io non vi ho che aggiunto il nome dell'agente causale perchè la dissenteria amebica regna tuttora endemica nell'isola di Sant'Elena come vi regnava, e più terribile, dal 1815 al 1821 nei quali anni Napoleone visse a S. Elena e vi colpiva il 70% delle truppe inglesi, parecchi del seguito di Napoleone tra cui il generale Gourgaud e suo figlio nonchè il fido cameriere privato di Napoleone, Cipriani che ne fu ucciso. La diagnosi di epatite consecutiva a dissenteria fu fatta da due medici inglesi, O' Meara e Stokoe, ma appena ebbero detto che Napoleone era affetto da questa malattia che regnava nell'isola, furono posti sotto Consiglio di Guerra, radiati dai ruoli della R. Marina e rimpatriati. Quando si procedette all'autopsia voluta dallo stesso Grande Defunto, il disettore, assistito da cinque medici inglesi, fu il prof. Antonmarchi dell'Università di Pisa, ultimo medico curante di Napoleone a S. Elena e riscontrò un foro che poneva in comunicazione la cavità dello stomaco con una sacca del fegato ivi strettamente aderente alla parete gastrica. I medici inglesi si attaccarono a questo reperto e scrissero e firmarono nel verbale d'autopsia che Napoleone era morto di cancro dello stomaco e che il fegato era normale. L'Antonmarchi però si rifiutò di firmare cosifatto verbale e affermò verbalmente e per iscritto che il fegato era profondamente alterato e voluminoso. In un manoscritto datato del 1822 a poco meno di un anno dalla morte di Napoleone, manoscritto redatto da uno dei medici inglesi che assistettero alla necroscopia e rinvenuto a Londra dal prof. Vittorio Putti dell'Ateneo Bolognese, si conferma che il fegato si presentava alterato e molto ingrossato.

L'O. aggiunge infine che un egregio patologo chirurgo dell'Univ. di Perugia, il De Paoli oggi defunto, ha emessa l'opinione che Napoleone fosse affetto da tubercolosi. Comunque l'interessante questione è ancora sul tappeto scientifico.

L. CANNAVÒ (Palermo). — Fa rilevare come la parola « dissenteria amebica, che ben rivela la forma morbosa con cui l'amebiasi si presenta ai tropici, mal si adatti invece all'amebiasi intestinale nostrana in cui non raramente può mancare del tutto la sindrome dissenterica e la sintomatologia, vaga e irregolare, presenta spesso aspetti clinici i più disparati. L'O. infatti dopo aver messo in rilievo come polimorfa possa essere nella sua sintomatologia la localizzazione epatica dell'amebiasi, ricorda le varie forme cliniche che possono riscontrarsi nella pratica: quella a tipo di ulcera peptica, quella tifosa, la forma pseudo-pleuritica, la pseudo-colecistica, l'epigastralgica, ecc.

Infine l'O. ricorda le forme silenti scarsamente dolorose e scarsamente febbrili, nelle quali talvolta i primi fenomeni che preoccupano l'ammalato e lo conducano al medico sono quelli che si riferiscono alla colliquazione dell'ascesso ed al suo vuotarsi all'esterno.

Seduta pomeridiana (20 *ottobre*).

Presidenza: prof. FERRATA.

Continuazione della discussione.

SORGE (Catania). — Riferisce che dall'aprile 1931 ad oggi, nell'Ambulatorio per l'Amebiasi fondato dal prof. Ascoli nel 1927 nella Clinica Medica di Catania, e da allora mantenuto, col concorso della Direz. Gener. di Sanità, sono stati accertati 120-

casi di amebiasi intestinale. Fra questo materiale casistico figuravano soltanto 5 forme acute; 1/3 circa degli ammalati presentavano una forma subacuta; più della metà forme squisitamente croniche.

L'O. insiste sulla necessità di valorizzare alcuni sintomi che si riscontrano con molta frequenza fra gli amebiasici, specie l'ispessimento doloroso del sigma e la labilità delle funzioni intestinali (intolleranza per alcune bevande, come il latte e il brodo di carne).

Infine l'O. ricorda gli studi di Grasso, che rinvenne il 27% di portatori fra gli ammalati ricoverati in clinica, esclusi quelli con disturbi intestinali: portatori particolarmente numerosi (8/10) fra i pazienti di suppurazioni polmonari: sicchè questo risultato presenta un interesse notevole anche dal punto di vista dei rapporti fra amebiasi intestinale e processi suppurativi del polmone.

R. MAROTTA (Napoli). — Il prof. Izar nella sua bella relazione ha voluto ricordare un modesto contributo dell'O. alla conoscenza dell'amebiasi. Vuole ora ricordare l'esistenza di una « amebiasi nervosa » utile a conoscersi accanto alla forma nota di ascesso cerebrale. Un ex-ufficiale dell'esercito, congedato con diagnosi di enterocolite, capitò alla nostra osservazione. Ma non per la enterocolite, sebbene per una pretabe diagnosticata gli da vari medici. Il rilievo dell'O. fu accidentale. Pensando che sotto l'enterocolite si nascondesse l'amebiasi fu convinto di tale dubbio dopo il rilievo dell'amebiasi nelle feci. Ma il fatto importante è la regressione completa dei fenomeni a carico del sistema nervoso e dei sintomi precedenti riscontrati nell'infermo. Sarà bene intensificare lo studio di questa « neuroamebiasi » in senso largo, la cui conoscenza può risolvere complessi clinici piuttosto oscuri, i quali, per giunta, guariscono con la cura antiamebica e con essa soltanto.

G. VIOLA (Bologna). — Ha ascoltato con tanto interesse la discussione che si è svolta, orientata dal punto di vista pratico della necessità della indagine dell'esame delle feci per evitare errori diagnostici o terapeutici. Sottoscrive pienamente a questo indirizzo, però esiste un altro problema che si presenta specialmente nelle regioni, nelle quali l'esame delle feci fatte su qualsiasi ammalato porta per conseguenza un'alta percentuale di reperti positivi per amebiasi istolitica. L'O. ha esercitato tutta la sua vita nelle zone di Messina, Palermo ed ora a Bologna; il problema pratico frequente che si presenta a noi è quello di leggere forme di dissesti enterocolitici e di poca entità che scompaiono se si producono in certi individui. Che relazioni hanno con l'endameba?

Vi sono degli specialisti di questa materia i quali sanno dominare il naturale entusiasmo che s'è preso per il proprio studio e mantengono un perfetto equilibrio, ve ne sono altri che spesso ingrandiscono le cose per effetto d'interessi particolari. L'O. di fronte alle statistiche che salgono fino al 35 %, al 57 %, con esami fatti per lo più una sola volta, quando il maestro di questi studi giustamente raccomanda di ripeterli più volte, l'O., si domanda a quale percentuale salirebbe questo 57 %, se tale raccomandazione venisse eseguita. Forse si avrebbe che quasi il 100 % presenta l'endameba, ed in tal caso il referto finirà col perdere la sua importanza. A tale proposito ricorda che a Bologna, queste percentuali uscite da un istituto specialistico della materia destarono una grande impressione sulla Direzione di Sanità ed il medico provinciale della regione fu gravemente rimbrottato perchè non avesse provveduto ad indagini profonde su questa grave situazione, che era, senza dubbio, allarmistica per il pubblico. L'O. fu sollecitato di far parte di una commissione, la quale corresse ai ripari della grave situazione di Bologna, ma egli rispose che non sentiva proprio il bisogno di fare indagini profonde su questa materia, dato che constatava che i tempi in fatto di patologia erano perfettamente normali in Bologna, e che non v'era nessuna maggiore intensità dei fatti gastro-intestinali di quanto non fossero in altri ambienti dove queste indagini delle feci erano positive appena dell'1,5%.

Effettivamente, con una così alta percentuale, l'O. dice di non aver mai osservato a Bologna un ascesso epatico, mai una forma bronco-polmonare, mai una forma cistitica.

Ed allora come si possono mettere d'accordo queste altissime percentuali con questa insufficienza di densità delle manifestazioni cliniche? L'O. pensa che solo risolvendo tali problemi caso per caso, si può trovare la loro soluzione. Si dovrebbe fare cioè secondo l'O. una ricerca statistica di qual'è la densità dei fatti patologici gastro-intestinali somiglianti alla sindrome comune della amebiasi intestinale e delle altre complicazioni nelle zone nelle quali risulterebbero così densamente infette in confronto di altre zone, le quali hanno una minima percentuale. Ed allora se l'impressione sommaria della pratica di questi ambienti corrisponde alla verità, l'O. crede che non c'è una tendenza patologica maggiore, nè nella gravità dei fatti, nè nella loro densità e la coscienza di medico pratico si sente molto tranquillizzata di questo risultato sebbene non sia possibile risolvere il problema in base alla pratica, perchè non è facile dire se i disturbi intestinali sono dovuti alla presenza di questo endameba o alle cause tossiche, a quei fattori reumatici, i quali agiscono così facilmente sulla funzione intestinale e che per essere presenti in tutti i luoghi ed in tutti i tempi, possono agire negli ambienti in cui la percentuale amebica è così alta. Quindi non è perchè c'è l'ameba che si deve mettere completamente da parte ogni altro fattore.

L'O. ricorda di avere avuto un caso in clinica che aveva delle feci qualche volta un poco liquide, quasi costanti ogni giorno. L'esame di esse, fatto costantemente, dimostrò la presenza di numerose endameba. Questo malato venne a morte: aveva una tubercolosi... ed allora l'O. si domanda quei fatti intestinali non erano piuttosto il prodotto di questo stato dell'intestino, e non da ascriversi all'ameba? L'ameba aveva in sostanza pullulato in un terreno anatomico così profondamente alterato. Come si vede dunque sono problemi che se clinicamente non si risolvono, pur tuttavia, sono di grande importanza, sia sociale che igienica e clinica nell'esercizio professionale, nel contatto con ammalati, nel giusto giudizio sulla loro gravità, nell'indirizzo terapeutico. L'O. si raccomanda quindi che a coloro che si occupano di questi argomenti così appassionatamente siano affidati degli studi statistici precisamente su questo metodo: presso una zona di alta densità amebica intestinale, un'altra zona di bassissima densità e vedere la frequenza dei fatti patologici e la loro gravità.

Risposta del Relatore.

È lieto di constatare che il tema ha interessato l'assemblea, e ringrazia i proff. Boeri e Pontano e tutti quelli che hanno partecipato alla discussione in quanto hanno rappresentato preziosi correlatori a quella larva di relazione che ha potuto fare e per la quale l'assemblea è stata così benigna di indulgenza.

Con il Boeri, il R. si trova in perfetto accordo: nulla divide il modo di pensare, nemmeno, gli pare, il problema della specificità, che dalla prosecuzione degli studi parassitologici potrà ricevere ulteriori lumi. Crede che è possibile sottoscrivere a quello che è detto nella relazione, che questa forma è data in genere dall'entameba istolitica: una parte più ristretta e probabilmente non così grave nell'estrinsecazione clinica appartiene forse anche ad altre specie di endameba; del resto il Pontano ha prospettato anche delle altre possibilità di interpretazione. Si completano bene le osservazioni del Boeri con quelle del Pontano nei riguardi delle forme pseudoneoplastiche amebiche e quelle neoplastiche; l'uno ci dice che si trovano delle forme di amebiasi che simulano il cancro, l'altro ha ricordato che talvolta dove riteniamo di trovarci in presenza d'una amebiasi, riscontriamo la esistenza d'un neoplasma.

Anche per quanto riguarda la deviazione del complemento, siamo d'accordo; essa non sta al centro dell'investigazione diagnostica, ma rappresenta un elemento adiuvante prezioso in casi particolari. Sottoscrive pienamente a quanto ha detto così bene il Pontano riguardo alla suppurazione, termine che andrebbe cancellato, perchè non ha nulla a che vedere nella sua essenza con quello che avviene nei processi di colliquazione amebica. E neppure per quel che riguarda la terapia, sembra al R. che dissenso esista; l'emetina, epatocentesi e solo poi, se mai, intervento. Giustamente ha detto il prof. Pontano, che anche gli ascessi misti possono guarire coll'emetina.

Interessante il richiamo del Pullé riguardante la malattia di Napoleone.

Un punto importante è quello che interessa la terapia, per la quale un accordo è indispensabile. Insieme al Boeri il R. è stato un poco più riluttante alle cure troppo energiche: invece Izar e Pontano sono più larghi. Il Pontano ha sollevato una questione importante, che insieme dobbiamo cercar di risolvere. Egli rende responsabile dei danni eventuali dell'emetina le impurità di taluni preparati e precisamente il loro contenuto in cefalina. Gioverà affrontare la questione con appositi esperimenti.

Per quel che riguarda lo Yatrèn 105, il Pappalardo ha riferito a suo tempo sulle osservazioni da noi fatte a Catania.

Il R. è d'avviso che lo Yatrèn giovi; nei riguardi della posologia non ricorre alle dosi forti prescritte dagli autori tedeschi (di 10 compresse), per le forti diarree che producono, ma si accontenta di 4 compresse al giorno per lo più. Comunque, sarà bene estendere le indagini ai casi di epatite amebica.

Il Viola ha giustamente messo di nuovo in rilievo il grande numero di cosidetti portatori riscontrati in alcune località. L'inchiesta istituita da Izar non pare abbia fornito sinora risultati definitivi, e la questione richiede certamente ulteriori investigazioni del genere.

(*Continua*). A. POZZI.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione v. num. precedente*).

Parte terza.

Le peritoniti acute nella pratica ospedaliera militare.

Ten. Col. Medico Prof. D. CASELLA (Roma), relatore militare.

LE PERITONITI DA PERFORAZIONE DI ULCERE GASTRO-DUODENALI.

È merito della moderna chirurgia d'urgenza di aver dato valore a segni iniziali che, controllati al tavolo operatorio, costituiscono oggi gli elementi più preziosi per una diagnosi precoce di peritonite acuta, e la cui valutazione ci porta quasi sempre all'esatta localizzazione del viscere malato che l'ha provocata

Questi sintomi pertanto hanno valore intrinseco particolare in dipendenza della loro precocità, trascorso un periodo di tempo che può variare a secondo del grado di difesa e di resistenza che la sierosa peritoneale può opporre all'infezione, questi tendono a generalizzarsi, ed il quadro della peritonite diffusa si delinea nascondendo nella sua uniformità ogni localizzazione di sede. Stato questo che quindi ne sta ad indicare se non la fase terminale, uno stadio così avanzato, da rendere la diagnosi di sede assai dubbiosa, la prognosi riservata, la cura aleatoria.

Come improvvisa, durante il sonno, nel lavoro, a passeggio, dopo un pasto o a digiuno da parecchie ore, a dieta rigorosa e appropriata, è la perforazione di una ulcera gastrica o duodenale, così costante ed immediata ne è la reazione peritoneale, che solo eccezionalmente può limitarsi alla sede della perforazione.

Un dolore atroce immobilizza il paziente, è il classico colpo di pugnale.

Il dolore è stato avvertito nella parte alta dell'addome, irradiantesi ora alla spalla destra ora alla sinistra, e la pressione modica lo risveglia più acutamente e localizza ora all'ipocondrio destro, all'epigastrio o in alto a sinistra, indicazioni preziose poichè esse tali si conservano così caratteristiche per poche ore, perchè il liquame che è fuoriuscito dalla perforazione e che è stata la causa, coll'irritazione del peritoneo, del violento dolore, continuando a defluire, o per effetto della gravità spostandosi nei punti più declivi, lo irriterà successivamente provocando in altre zone il dolore che può nascondere quello iniziale di partenza, e oscurare la diagnosi.

Immediata, assoluta è la reazione dei muscoli a questo stimolo irritativo e dolorifico in ispecie dei retti, contrattura così tenace da dare la sensazione di una consistenza particolare lignea, che da prima localizzata alla parete alta, ben presto, per eccitazione diretta dei nervi sensitivi spinali innervanti il peritoneo parietale, si diffonde a tutto l'addome che si presenta immobile, rigido, avvallato, tende in breve a divenire sempre più generale e totale, che resiste alla narcosi generale e non si attenua se non quando la peritonite è già ad uno stadio avanzato ed i poteri di difesa vengono meno.

Con la fuoriuscita del contenuto viscerale dalla perforazione si può avere quella di gas e la percussione rileverà un suono chiaro timpanico nella parte più elevata dell'addome, in sede più fre-

quente della ottusità epatica che scompare, zona timpanica spesso mobile che segue le varie posizioni che il paziente può assumere o spontaneamente o impostegli, ma che non tarderà a confondersi con la risonanza meteorica dell'intestino, se questo viene esaminato, quando a distanza di qualche ora la peritonite avrà sviluppato il suo decorso.

Questi sintomi, se esistono contemporaneamente, rendono indubbia la diagnosi, ma non sempre la scomparsa dell'aia di ottusità epatica è costante.

Per la sua costanza, per la sua intensità, per la sua iniziale localizzazione e per il fatto che mai tende ad attenuarsi, la contrattura muscolare è il sintomo più sicuro e tale, se unito agli antecedenti gastro-duodenali, da darci gli elementi per una diagnosi di perforazione e di localizzazione, anche quando la presenza dei gas è assente e il dolore non ha caratteri di specificità.

Gli altri sintomi che sono soliti a riscontrarsi più o meno precocemente, e con maggiore o minore costanza, non sono particolari di queste affezioni, ovvero indicano uno stato già avanzato della peritonite e tendono quindi a confondersi coi sintomi comuni alle peritoniti in genere.

Così il vomito, la chiusura dell'alvo, il meteorismo, il comportamento della temperatura e del polso; altri infine, come l'enfisema sottocutaneo, così raro ed eccezionale, che la letteratura non ne cita che due casi e la sua assenza nulla toglie di valore agli altri sintomi presenti. Dobbiamo riconoscere che alcuni casi, anche visti precocemente, presentano una diagnosi imprecisa; nè talvolta anche a ventre aperto le difficoltà sono minori, specialmente in casi di piccola lesione. In queste circostanze molto opportuna è la tecnica proposta dal Gibson di somministrare al paziente, prima dell'intervento, una soluzione di sostanza colorante per bocca, metodo che Alessandri impiegò con successo in parecchi casi, in particolare in uno in cui si potè dimostrare una doppia perforazione.

Come la precocità nel rilevare i sintomi iniziali è condizione principale per stabilire una diagnosi pressochè precisa di sede di una peritonite acuta, così lo è per quanto riguarda l'esito della cura. Il criterio dell'ora grava su tutte le statistiche, e se può lasciarci pensosi sull'enorme differenza di risultati che poche ore d'intervallo hanno sul decorso d'una affezione, esso però non ci deve impedire di intervenire in qualsiasi momento, ogni qualvolta lo stato del paziente ci offra una sia pure tenue speranza di riuscita.

L'atto operativo qualunque esso sia dev'essere eseguito in perfetta risoluzione della parete addominale, che in questi casi è particolarmente contratta, però esso dev'essere subordinato allo stato generale del paziente; quando possibile è da preferirsi la rachidea per la risoluzione completa muscolare e per la flaccidità del ventre, e anche perchè gli incidenti sono assai minori che con gli altri metodi e facilmente prevedibili e prevenibili.

L'ideale, la resezione, se può rappresentare l'*optimum* della cura, dev'esser subordinata allo stato generale del paziente e locale dell'ulcera; nei casi in cui questa non è controindicata l'Alessandri la preferisce alla sutura semplice con affondamento seguita da gastrodigiunostomia, poichè se i risultati immediati che si ottengono colla resezione sono uguali, ben diversi sono i vantaggi che da questa si hanno circa gli esiti definitivi, la maggiore sicurezza della guarigione, poichè allontana la possibilità di un'ulcera peptica postoperatoria, che può in seguito anch'essa perforarsi a sua volta; e per la possibile esistenza, ora constatata sempre più frequente, di ulcere multiple di cui può anche esservene una perforata oltre quella riconosciuta.

La cura della peritonite è variamente esercitata secondo i casi e gli indirizzi personali dei chirurghi; in linea generale la migliore condotta è la detersione a secco accurata del liquido sparso nell'addome; il lavaggio abbondante peritoneale è da ritenersi manovra inutile e dannosa, poichè mentre non può servire alla detersione completa del cavo peritoneale per i suoi numerosi recessi, sembra piuttosto favorire il trasporto a distanza di quei germi e detriti alimentari in zone remote e non ancora forse contaminate.

Per quanto riguarda il drenaggio, se si opera nelle prime ore, la chiusura completa, anche con presenza di liquido libero nell'addome che sia scarso e acido e che si sia potuto asportare con una detersione accurata a secco, è stata praticata da parecchi e con successo, però la quasi totalità dei chirurghi applica il drenaggio, che non bisogna portare alle estreme applicazioni, poichè è impossibile, per quanto numerosi e posti nelle più svariate zone, che la detersione della cavità possa essere completa.

Allorquando la peritonite è diffusa, Jaboulay e quindi Leo nel 1924 al Congresso di chirurgia a Parigi proposero, come intervento sussidiario, la gastrostomia, per mezzo della quale si potrebbe praticare il lavaggio e drenare continuamente lo stomaco, disintossicando in tal modo l'operato per lo svuotamento continuo dei liquidi, sopprimerebbe inoltre il vomito, il singhiozzo, le nausee ed i prodotti tossici intragastrici verrebbero evacuati per mezzo della sonda. Inoltre il liquido deglutito favorirebbe per via riflessa il ristabilimento della peristalsi intestinale, risvegliando la tonicità gastrica. Dello stesso parere è Deton, che utilizza la perforazione stessa dell'ulcera e v'introduce una Malecot o una Pezzer a perfetta contenzione; pratica anche una gastro-enterostomia complementare.

Williams e Walsh eseguirono anch'essi la gastrostomia, ma con modificazione in rapporto ai drenaggi praticati, in quanto un primo drenaggio perforato piuttosto grosso e introdotto nello stomaco verso il duodeno, ed un secondo più piccolo è fatto passare attraverso il primo alla seconda porzione del duodeno. Il primo avrebbe lo scopo di evacuare i gas ed i liquidi gastrici, il secondo permetterebbe l'idratazione precoce del malato. I risultati ottenuti, come dalle statistiche presentate, sarebbero che su 24 casi di ulcera gastrica, operati nelle prime 24 ore e dieci dopo, ebbero 24 decessi compresi i dieci operati tardivamente; su 124 casi di ulcera duodenale, 106 operati nelle prime 12 ore e 18 dopo, ebbero 26 decessi, fra questi dieci casi operati tardivamente.

Nei nove operati nei nostri Opedali la tecnica fu indirizzata dai singoli casi, in ogni modo fu applicata quella che desse, a parere nostro, la massima sicurezza di salvezza del paziente, affondamento con o senza escissione dei margini dell'ulcera, sutura e gastroenterostomia complementare quando la vastità dell'ulcera, o l'escis-

sione ampia praticata poteva far temere una stenosi del viscere tale da comprometterne la funzionalità.

La percentuale di guarigione fu del 55 %, se si tiene conto che alcuni di essi pervennero al tavolo operatorio in ore avanzate e in condizioni sia locali, sia generali assolutamente precarie, e che quelli operati precocemente si salvarono nell'80% dei casi, dobbiamo riconoscere che il risultato operatorio ottenuto fu soddisfacente.

Le peritoniti da perforazione di ulcera tifosa

I casi presentati alla nostra osservazione di peritonite da perforazione in corso di un processo ulceroso intestinale furono complessivamente nove con esiti in guarigione del 33%, cifra che, data la particolare gravità dell'affezione e per alcune circostanze di tempo, si può ritenere buona.

La rarità delle peritoniti da perforazione di ulcera tifosa nella nostra pratica, sia in rapporto ai casi colpiti dal morbo, sia anche in rapporto a quelle che è dato osservare nell'ambiente civile, ritengo dipenda dal fatto che i militari tutti vengono sottoposti alla vaccinazione preventiva. Inoltre essendo sin dall'inizio, sia pure talvolta con diagnosi incerta, immediatamente ricoverati negli Ospedali, questi malati vi ricevono cure appropriate che, eseguite tempestivamente specie nel periodo più pericoloso, rendono le perforazioni dell'ulcera più rare e, quando queste si verificano, più facilmente dominabili.

Dalle deduzioni che abbiamo tratto dai casi osservati, che trovano la piena conferma degli altri osservatori, risulta che la perforazione in caso di infezione tifoidea addominale è evenienza temibile già nello stadio in cui si ha la formazione dell'escara, però di questi periodi quelli che più frequentemente riguardano il chirurgo, per le gravi complicanze che vi si possono determinare, sono il terzo, in cui si ha caduta dell'escara ed il formarsi dell'ulcera, ed è il più pericoloso perchè la perforazione sorprende il paziente in pieno acme della malattia, in grave stato di intossicazione generale ed in particolare depressione nervosa e cardiaca, e il quarto, in cui l'ulcera può approfondirsi per infiltrazione e necrosi dei tessuti.

La perforazione, oltre che per il tempo in cui si produce, sarà tanto più grave, a seconda della sua ampiezza, se unica o multiple, se queste sieno tanto vicine da confluire così da escludere completamente un segmento intestinale, e da provacare una vera inondazione peritonale e distanziate da complicare, per il tempo che si deve impiegare a ricercarle e per la tecnica, l'intervento.

Un dolore acutissimo in uno dei quadri addominali, il più spesso (90%) l'inferiore di destra, lo sveglierà dal suo torpore, ed il medico accorso potrà constatare la caduta della febbre sino anche a 35 centigradi, il polso evanescente, frequentissimo, sudori freddi; poco dopo il meteorismo, la difesa muscolare lo renderanno edotto che il dramma si avvia rapidissimo alla fine, e la tragica maschera della *facies abdominalis*, con l'astenia, cianosi delle estremità, singhiozzo, chiuderà la scena se l'immediato intervento chirurgico, talora vero *deus ex machina*, non riesce a risollevare il sipario e far considerare episodio ciò che ineluttabilmente sarebbe stata la *finis dramatis*.

Sono stati descritti altri sintomi della peritonite perforativa come la comparsa di ottusità ai fianchi, la scomparsa dall'aia di ottusità epatica, un rumore di sfregamento che si avverte applicando lo stetoscopio nel punto ove è stato avvertito il dolore trafittivo, oppure movendo l'ammalato su di un fianco il dolore segue lo spostamento (Brown), l'esame radioscopico proposto dal Roseo, per mezzo del quale si può osservare una bolla d'aria che si sposta con i movimenti, quello del Federici, per cui i toni cardiaci che si trasmettono per tutto l'ambito addominale scompaiono a mano a mano che si forma l'essudato. Alcuni di essi, come la scomparsa di ottusità epatica, è sintoma prezioso se precoce e se è osservato prima che l'invadente meteorismo non tragga in inganno. Di alcuni la ricerca è pericolosa, ed altri, come l'ottusità mobile, sono indizi già piuttosto avanzati dell'avvenuta diffusione del contenuto intestinale e conseguente generalizzarsi della peritonite, evenienza quanto mai deprecabile.

Il dubbio che spesso sorge specie quando i sintomi non sono così chiari e precisi, è se ci si trovi in presenza di una peritonite perforativa che richiede l'intervento immediato, o da propagazione per la quale la cura medica bene spesso è tale da portare alla sua risoluzione. La decisione è talvolta estremamente difficile, come giustamente fa osservare Ferrio, e certi criteri a cui si era voluto dare una grande importanza, come la sintomatologia più brusca e tumultuosa nella prima, più subdola nella seconda, l'abbassarsi repentino della temperatura nella perforazione ed il suo elevarsi nella peritonite da propagazione, non hanno valore decisivo, potendosi avere peritoniti perforative ad esordio insidioso e non segnalate dall'abbassamento della curva termica. Due casi da noi osservati sono dimostrativi, poichè nel primo caso la temperatura era di 38.8, e si trovò una perforazione ampia, e nel secondo, con temperatura 39.5, vi erano due perforazioni. Così dicasi del pneumoperitoneo che quando esiste assicura la diagnosi di perforazione, ma la sua assenza non la esclude perchè quando la quantità di gas del peritoneo è scarsa od i muscoli dell'addome sono fortemente contratti, il timpanismo può non stabilirsi o rendersi palese assai tardi quando la diagnosi differenziale ha perduto ogni valore.

L'intervento immediato s'impone quali che sieno le condizioni generali del paziente; però è indubbio che non ostante questo la prognosi rimane sempre riservatissima.

Da quando Leyden nel 1884 consigliò l'intervento chirurgico nelle perforazioni e ne propose la sutura che fu eseguita con successo dal Mikulicz e dal Wilson, si può dire che ogni chirurgo, che interviene in questi casi, applicò il suo metodo, dei quali alcuni sono così gravi, e per il trauma che producono, e per il tempo che richiedono, da scartarsi senz'altro come pericolosi; per altri se risposero al caso particolare sarebbe dannoso il volerli generalizzare.

Cito per consigliare senz'altro, tranne i casi assolutamente indispensabili di perforazione così ampia e di confluenza di perforazioni la cui sutura comprometterebbe irreparabilmente la canalizzazione dell'intestino, la « resezione » che secondo Guelette dovrebbe compredere la totalità dell'ansa colpita; le statistiche in proposito sono

sconfortanti. Così pure « l'esclusione dell'ansa colpita » proposta dal Soligoux (1908), sia con anastomosi ileo-ileale, sia ileo-colica, non ostante il parere di Guelette che la considera trattamento di elezione, perchè permette il riposo di tutto il segmento intestinale alterato, si deve ritenere intervento troppo traumatizzante. Come pure « la esteriorizzazione dell'ansa », se può rispondere in certi casi in cui la perforazione sia troppo ampia ed estesa lungo l'asse dell'intestino, o quando in vicinanza vi sieno altre perforazioni o ulcere che minacciano di perforarsi, è da considerarsi anch'essa intervento d'eccezione, per i pericoli cui si espone l'ansa esteriorizzata. Alcuni di questi atti operativi si dovranno per così dire subire e praticarli quando le molteplicità delle perforazioni confluenti e lo sfacelo dei tessuti periulcerosi sono tali da non permettere interventi più semplici e più rapidi quali la « sutura semplice » con o senza resezione dei margini dell'ulcera proposta da Leyden nel 1884 e la fistolizzazione dell'ansa alla parete addominale proposta da Escher (1910) e sostenuta da Duval (1910).

In un caso che si prestava ho cercato di conciliare e riunire i pregi di questi due interventi, cioè praticai, dopo recentazione dei margini dell'ulcera perforata, una doppia sutura in catgut e seta, e quindi applicai su di essa un lembo di epiploon, però invece di abbandonarla, misi, previo drenaggio del cavo di Douglas, sotto l'ansa una compressa arrotolata in modo che questa affiorasse, senza però fissarla con sutura alle pareti dell'incisione laparotomica, e ciò allo scopo che se i punti o parte di essi non avessero tenuto, il contenuto intestinale avrebbe trovato la via di deflusso esterno senza invadere la cavità addominale. In terza giornata si era formata una fistola, perchè una parte della sutura non aveva tenuto, però il contenuto intestinale si era versato tutto all'esterno. Fistola che in breve volgere di tempo si chiuse spontaneamente e con essa la parete addominale, e il paziente guarì perfettamente.

Anche per queste forme di peritoniti, dibattuta è la questione se si debba o no procedere ai lavaggi, alle irrigazioni più o meno abbondanti e generali della cavità addominale, sia con soluzioni fisiologiche o antisettiche, sia con etere, ecc. La maggior parte dei chirurghi l'ha risolta con l'abbandonare questa pratica che, a prescindere dalle considerazioni se sia o non dannosa in queste peritoniti, in cui le anse intestinali sono quasi sempre enormemente dilatate e tali da occupare tutto il cavo peritoneale e recessi, oltre non assolvere il suo principale compito, il detersivo, farebbe perdere un tempo prezioso; essa è pertanto da sconsigliarsi.

Opportuna e sempre utile è la detersione a secco con compresse che asportino, senza traumatizzare, e possibilmente senza inutili spostamenti di anse, che potrebbero determinare una eviscerazione, le sostanze e i liquidi versatisi nella cavità. A seconda le circostanze un drenaggio semplice o drenaggi multipli opportunamente collocati e lasciati, specie se si tratta di tubi di gomma e di vetro, il minimo indispensabile, perchè per la loro permanenza prolungata a contatto di anse già sofferenti potrebbero determinare decubiti, provvederanno ad assicurare la fuoriuscita all'esterno dei residui che la posizione di Fowler faciliterà.

I dati anatomici e patologici, il fatto che la perforazione nel 90% dei casi avviene negli ultimi 60 cm. del tenue, e nel 10% nel colon ed appendicite, e quelli clinici ci daranno indirizzi pressochè precisi, e nei casi eccezionali in cui l'infezione abbia invaso altri segmenti intestinali, che non sia l'ultima porzione dell'ileo, l'accurato esame dei sintomi obiettivi e subiettivi può con grande approssimazione farci diagnosticare la sede della avvenuta perforazione.

La laparotomia mediana sottombelicale risponde nella maggioranza dei casi, essa ha anche il pregio di dare luce notevole in modo che si possono esplorare, senza traumatizzarne di soverchio, regioni vicine e di permettere un drenaggio pressochè completo.

La pararettale destra si presenta opportuna, quando il paziente nettamente avrà accusato il dolore improvviso e violento nella fossa iliaca destra, più o meno in corrispondenza del punto di Mac Burney, e la constatata difesa della parete ci darà la quasi assoluta certezza di trattarsi di una perforazione intestinale in tutta vicinanza della valvola ileo-cecale, o ultima porzione dell'ileo o dell'appendice.

LE PERITONITI ACUTE DA APPENDICITE

Subdola, senza sintomi premonitori o di così lieve entità da essere per lo più dai pazienti trascurati o considerati come semplici disturbi da imbarazzo gastroenterico o da raffreddamento, tali da sorprendere quindi nel più completo benessere, nelle ordinarie occupazioni, e raramente con riferimento a precedenti attacchi, è la appendicite di cui ci interessa la concomitante peritonite, sia da propagazione, sia da perforazione.

La peritonite, specie la diffusa, è pertanto conseguenza più di un'affezione acuta che cronica dell'appendice, e per il fatto che è solita a manifestarsi fra i 20-35 anni. È nel nostro ambiente, come nel civile, la più numerosa e tale da occupare, quasi in toto, il campo della patologia dell'addome acuto e per frequenza l'80%.

I casi presentatisi alla nostra osservazione di appendiciti acute semplici e appendiciti acute complicate a peritoniti, nel cinquennio 1927-1931, nei reparti dell'Ospedale Militare di Roma, furono complessivamente 227. In quaranta, fu precisata la diagnosi al tavolo operatorio di appendicite catarrale semplice, in quanto macroscopicamente non fu dato rilevare alcun interessamento apparente sia della sierosa viscerale sia parietale e senza presenza apprezzabile di liquido nel cavo peritoneale.

Pur ritenendo che insieme all'infiammazione dell'appendice, costante sia la reazione della sierosa, però non avendone riscontrato segni precisi, queste forme non risultano nella presente statistica. Esse guarirono tutte *per primam*. Le appendiciti nelle multiformi lesioni anatomiche complicatesi a peritoniti acute, sia da propagazione sia da perforazione, furono 187 con 14 decessi, e guariti 173, con una percentuale del 92.5%.

Esse rappresentano il complesso delle appendico-peritoniti ricoverate nei reparti, poichè quale fosse il periodo dell'affezione, quale lo stato di gravità, furono tutte operate.

Non sempre esiste un rapporto tra l'entità delle lesioni stesse, la gravità dei sintomi ed il decorso dell'affezione, come pure tra la gravità dell'appendicite e quella peritonitica. Appendiciti

anatomicamente leggere possono complicarsi con peritoniti gravissime diffuse, così pure non sono rari i casi di individui che sopportano ambulatoriamente la presenza di cospicui tumori infiammatori peritiflitici, risultati da un'autentica appendicite perforata non ancora spenta.

Tale contrasto evidentemente tra lesione anatomica e manifestazioni sintomatiche conferisce una particolare complessità al quadro clinico di cui noi dobbiamo tenere il massimo conto, per non attardarci in una cura che potrebbe essere fonte di gravi delusioni.

Di tutti i sintomi che si possono inizialmente riscontrare in un'appendico-peritonite acuta molti, quali il brivido, la febbre lo stato del polso, del respiro, il vomito, lo stesso dolore che può essere avvertito come una dolenzia diffusa a tutto l'addome con tendenza nelle prime ore all'accentuarsi, al rendersi intollerabile, hanno un valore relativo, poichè possono subire variazione a seconda della sensibilità e psiche individuale od osservazioni in corso di tutt'altra affezione.

Caratteristico, prezioso ed inequivocabile sintoma è la difesa muscolare; che è sempre penosa e persistente, che talvolta da sola, assente la febbre, con polso sostenuto e valido, può essere sufficiente a stabilire una diagnosi di peritonite; essa può essere diffusa a tutta la parete addominale e tale persistere quando essa sia generalizzata, per l'appendice precocemente cangrenatasi o perforatasi; come dopo poche ore può localizzarsi nel quadrante inferiore di destra, ma in ogni caso è indice di una grave infezione, sia pure circoscritta, ed il dolore più vivace che si risveglia in un dato punto ne rileverà la sorgente; come l'iperestesia cutanea, potrà secondo Kirmisson, citato da Moncalvi, indicarci l'avvenuta perforazione appendicolare.

Il meteorismo più o meno evidente a seconda dello stato di contrattura delle masse muscolari, e che talvolta è rilevato all'inizio solo dalla percussione per cui il suono timpanico, diffuso, senza apprezzabili alterazioni del volume dell'addome, è un sintoma che, unito all'arresto delle feci e del gas, è da noi costantemente osservato, di indubbio valore diagnostico nel diffondersi dell'infiammazione appendicolare alla sierosa, mentre il persistere dell'alvo aperto e il manifestarsi della diarrea, tranne nei casi di una peritonite acutissima ipersettica, ci ha orientato verso altre affezioni non appendicitiche.

Il versamento nelle peritoniti diffuse, sia da propagazione, sia da perforazione, almeno all'inizio e per la relativa scarsità di esso, e per il meteorismo quasi sempre pronunciato, non è tale da determinare delle variazioni plessiche assolute, e nella fossa iliaca destra in questi casi si avrà più un'ipofonesi timpanica che non una ottusità, e se non si stima imprudenza, nella posizione in ginocchio, più che nella lateralizzata del paziente, questa potrà aumentare ed essere indicata con maggior precisione. Così pure ben difficile è che si possa notare la scomparsa dell'ottusità epatica, e nel caso che si abbia, darle l'interpretazione che i gas sfuggiti da un'appendicite perforata possono averla provocata. La sede stessa del viscere, l'edema delle pareti di esso che oblitererà bene spesso il lume ceco-appendicolare, l'accollarsi e interporsi di meso e di anse fanno sì che, seppure si abbia uscita di gas, questo non possa essere di tale entità da determinare una variazione plessica così evidente.

Nulla di più errato il voler formulare indicazioni prognostiche all'inizio di un'appendico-peritonite acuta. Frequentemente ci è occorso di dover operare sotto l'impressione di una sintomatologia generale e locale di una peritonite diffusa per appendicite perforata e cangrenata, in cui l'animo nostro già considerava la scarsa probabilità di successo, e l'intervento non mostrò che una appendicite acuta iperemica congesta, aumentata di volume, con scarsa reazione peritoneale, ed il decorso post-operatorio rapido, favorevole e duraturo confermò il reperto biopsico.

Indubbiamente oggi, la precocità dell'intervento e la rimozione della causa che ha provocato la peritonite, ed una più esatta valutazione dei poteri di difesa della sierosa, ci permettono decisioni che in passato neppure ci si poteva prospettare e di considerare la chiusura totale dell'addome come la normale soluzione più comune a seguito dell'intervento praticato.

L'incisione laparotomica nei casi di diagnosi sicura di appendico-peritonite fu costantemente quella di Lennander-Jalaguier; essa ci ha sempre premesso la più ampia luce della regione; opportunamente prolungata in alto e in basso, ha reso possibile ritrovare e asportare l'appendice qualunque fossero la sua posizione e le aderenze con gli altri visceri, mentre le altre incisioni, proposte anche recentemente, presuppongono una certezza assoluta di una sede del viscere, che noi sappiamo quanto sia invece mutevole e non rispondente ai sintomi relevati, e obbligano a successivi prolungamenti incisori non sempre regolari e talvolta lesivi di masse muscolari.

LE PERITONITI POST-TRAUMATICHE.

Nell'Esercito, l'alto senso di disciplina, il sentimento d'onore elevatissimo, l'eliminazione già nel primo periodo alle armi degli epilettici, dei deficienti morali, l'internamento nelle compagnie di disciplina degli individui che già ebbero condanne per delitti contro persone, fanno sì che le ferite in rissa d'arma bianca o da fuoco siano assolutamente eccezionali, tanto che non è dato nella statistica del quinquennio di tutti gli Ospedali militari riscontrarne nessuna, come pure la scrupolosa attenzione riscontrata nei campi di tiro e manovre, nella rivista alle armi rende quelle accidentali rare, cosicchè nelle forze armate tranne le ferite riportate dagli agenti dell'ordine pubblico per arrestare individui facinorosi, i traumi che provocano le peritoniti acute sono le comuni cadute, calcio di cavallo, passaggio di una ruota sull'addome, ecc.

L'azione contusiva comunque si eserciti, per compressione, per schiacciamento, per contraccolpo, calcio di cavallo, colpo di palla, passaggio di di una ruota, sforzo violento, caduta da grande altezza sui piedi, o sulle natiche, sia essa rapida e violenta, continua e lenta, determina delle lesioni più o meno gravi a seconda dello stato di rilasciamento delle pareti addominali, della direzione in cui si è esercitata e sopratutto dello stato maggiore o minore di ripienezza del viscere che viene colpito. Lesioni che possono andare dalla perforazione immediata del viscere con veri effetti di scoppio, alle lesioni vascolari con esclusione di un intero segmento e successiva sua cangrena immediata o tardiva, ed alle suggellazioni ecchimotiche parietali, con formazione di escara e perforazione alla caduta di essa.

I sintomi per poter stabilire un'avvenuta per-

forazione di un viscere endocavitario per contusione dell'addome sono all'inizio assolutamente incerti, e l'anamnesi che ci indica il grave trauma subito, passaggio di una ruota, calcio di cavallo, ecc. può dare indicazioni di probabilità ma non assolute di lesioni viscerali, e se non si ha subito, evenienza abbastanza rara, un tale versamento copioso che dia un'ottusità mobile nei punti più declivi e la fuoriuscita di gas che sopprima la ottusità epatica, i sintomi delle prime ore possono confondersi con quelli dello shock.

L'esame dell'addome ci darà degli indizi di capitale importanza: la contrattura addominale specie se unilaterale è per Hildebrand e per Hartmann un segno patognomonico viscerale grave, specialmente dello stomaco e dell'intestino, e per Baudet (1932) è un vero segno di allarme, ma bisogna che non sia limitata nè al punto contuso, nè provocata artificialmente dalla mano che esplora. È un segno così preciso che su 37 casi non l'avrebbero mai trovato in difetto, e tale da consigliare l'intervento immediato; come la sua assenza lo farebbe escludere.. Questa ultima conclusione è troppo assoluta; non sono rari i casi che dopo un trauma il ventre del paziente sia perfettamente palpabile e ciò non impedisce, quando esistono gli altri sintomi, che, se non si interviene, all'autopsia si osservi una perforazione ed anche multiple. Il meteorismo rapidamente progressivo costituisce un sintoma egualmente importante e tanto lo sarà più, quando appare dopo alcune ore dall'incidente. La scomparsa dell'ottusità epatica, che può essere o no concomitante alla difesa muscolare, è un segno preciso, quando però un meteorismo accentuato o la marcata distensione dello stomaco o del colon non gli tolgano ogni valore. Infine Clavel (1931) segnala un sintoma precoce di lesione viscerale dell'addome, che egli avrebbe sistematicamente osservato in alcuni casi e che si presenta nelle prime 10 ore dell'avvenuto trauma; lo chiama il « trèmblotement », tremolio peritoneale o « segno liquido peritoneale minimo ». Deve essere ricercato in assenza della contrattura addominale che in genere non si è ancora manifestata.

La diagnosi di sede, quale sia il viscere perforato, spesso ci sarà fornita dai segni contusivi, ecchimosi, ecc. provocati sulla parete addominale dall'agente traumatizzante; ho detto spesso, perchè non è infrequente il caso che questa non presenti alcuna traccia del sofferto trauma, o che alla contusione in una regione corrisponda la lesione di un viscere a distanza, specie quando è ripieno di materia o di gas, che sfuggendo abbiano fatto da cuscinetto al viscere che ha subito la contusione, mentre queste accumulandosi in massa, in un altro settore del viscere che sia munito di valvole o angolato subisca, per arresto delle materie o dei gas, gli effetti di scoppio. Ma come per la diagnosi differenziale fra perforazione viscerale ed emorragia interna, così la diagnosi di sede, dal lato clinico, ha un valore relativo perchè l'intervento, diagnosticata la perforazione, s'impone, e poichè sappiamo che bene spesso la lesione non è unica, l'esplorazione accurata e sistematica, specie quando il viscere leso sospettato è l'intestino, si rende necessaria, l'ampia laparatomia mediana è consigliabile, ed è quella che meglio di tutte si presta, ampliata a seconda del reperto, a tutti gli interventi e i drenaggi che si dimostrassero necessari.

Partigiano assoluto di un intervento precocissimo quali siano le condizioni del paziente, poichè insospettate sono certe resistenze vitali in taluni organismi, quando la diagnosi di perforazione e di sede, per sintomi inequivocabili, è indubbia, ritengo che negli altri casi una prudente aspettativa di qualche ora, sia più giovevole che di danno all'infortunato; tempo che sarà impiegato a rialzare le forze e all'osservazione accurata dei sintomi in atto, sui peggioramenti e migliorie che in essi possono osservarsi, sull'insorgenza di altri più precisi e chiarificatori che, cessato lo stato di ambascia e di abbattimento del paziente, possono permetterci una diagnosi più sicura. Una laparatomia è sempre un trauma che si aggiunge al precedente e che può non essere tollerato, in particolare quando interverremo su segni incerti che ci obbligheranno ad una esplorazione metodica di tuti i visceri, allo svolgimento di tutta la matassa intestinale, per la ricerca di quella perforazione che può non esistere; essa sarà lunga, indaginosa e di per sè stessa sola di grave pericolo per il paziente.

Nel parlare delle peritoniti acute per ferite penetranti nell'addome, spontaneo si volge il pensiero a quelle determinate per azioni belliche, e in particolare di questa ultima guerra, che nel campo della traumatologia ed in specie di quella dell'addome ha segnato una profonda caratteristica, che la differenzia dalle passate per l'impronta dell'estrema gravità impressa alle ferite.

Può sembrare strano che una ferita d'arma bianca o da fuoco non dia elementi sufficienti per affermare la esistenza o meno della penetrazione, e ammessa questa il riconoscere se vi siano oppure no lesioni viscerali, quali siano i visceri lesi e quale il grado delle ferite riportate.

Nè i caratteri della ferita, nè il percorso compiuto dall'arma possono talvolta darci un esauriente aiuto; un proiettile può compiere i più strani percorsi senza produrre alcuna lesione viscerale, senza nemmeno interessare la sierosa, mentre ferite, che possono a tutta prima presentare i caratteri di una ferita a setone di breve percorso, si rivelano, dopo poche ore, gravissime per una peritonite acuta, perchè i due fori erano fori di entrata di due distinti proiettili, o se vi era lesione a setone il proiettile può avere determinato la frattura di un osso con mobilizzazione delle schegge che avranno leso il peritoneo e l'intestino.

A queste incertezze si debbono aggiungere quelle determinate dalle ferite di un viscere extraperitoneale che, per il fatto di avere rapporti più o meno estesi di contiguità con la sierosa peritoneale, fa sì che le materie settiche uscite dalla perforazione infiltrano il connettivo paraperitoneale, vengono a contatto con la faccia esterna della sierosa, che spesso scollano dalla parete, e determinano l'insorgenza di fatti irritativi e riflessi, e quindi un complesso sintomatico che, in primo momento, può simulare la peritonite perforativa.

Invero vi sono sintomi che quando sono presenti hanno un valore decisivo per la penetrazione, come altri decisivo per la concomitante lesione viscerale, ma non sempre è dato riscontrarli. Il prolasso dell'epiploon o di qualche viscere avrà un valore patognomonico di lesione della sierosa, come la fuoriuscita di bile, oltre indicare una lesione del fegato o della cistifellea ci può indicare la lesione della prima porzione del duodeno; la fuoriuscita di sangue misto a sostanze

alimentari, una lesione dello stomaco, così la presenza di feci liquide quella del tenue, e di solide del colon e del peritoneo, solo quando, per la topografia della ferita e per altri elementi, si può escludere che sia stato leso una delle porzioni extra-peritoneali di esso.

È raro riscontrare durante le prime ore che seguono il ferimento un apprezzabile mutamento nel volume e nella forma dell'addome; è collo svilupparsi del meteorismo che il volume aumenterà e l'addome assumerà la forma globosa. La contrattura leggera e grave, diffusa e circoscritta, non manca quasi mai nelle ferite dei visceri endocavitari. Essa è il vero segno principe che, indicando l'avvenuta perforazione, mostra anche la profonda irritazione della sierosa prodotta dalle materie versate nella sua cavità.

Il timpanismo pre-epatico mostra in modo assoluto, quando vi sia una ferita transdiaframmatica con lesione del polmone, l'avvenuta perforazione di un segmento del tubo gastro-enterico, sintoma però, come ho già detto, che tende a scomparire per il rapido assorbimento del gas, qualora non si riproduca costantemente attraverso una ferita beante o non sia confuso con il meteorismo.

Così pure importante è l'ottusità mobile dei fianchi che si riscontra nei grandi versamenti liquidi, per quanto non precisi la lesione se di un vaso o di un viscere parenchimatoso o cavo; sintoma però che, come il timpanismo pre-epatico, deve essere ricercato precocemente prima che il meteorismo possa nasconderlo.

All'irritazione peritoneale segue la paralisi viscerale, con alvo chiuso alle feci e ai gas, con iscuria ed in seguito oliugria.

(*Continua*) P. VALDONI.

2ª Conferenza dell'Associazione Internazionale di Pediatria Preventiva.

(Ginevra, 28-29 settembre 1932).

A questa conferenza, presieduta dal prof. Taillens, intervennero oltre cento delegati di governi, società pediatriche, clinici, ecc., ecc.; delegato per l'Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche e dal Ministero degli Esteri era il prof. F. Valagussa. Fra i pediatri intervenuti notiamo: Clifford di Cicago, Homberge, Yundell, Lereboullet, Monrad, Parsons, Scheltema, Mackenzie, Taillens, Wieland, Oltremare, Rohmer, Pehu, Mouriquand, Blechman, Lesné, Lenossier-Ordoin, Nabarro di Londra, Henyer, Gautier, ecc., ecc.

Erano all'ordine del giorno due temi.

La profilassi della sifilide nei fanciulli nati da genitori sicuramente sifilitici.

Relatori ne furono i proff. Lessie e Nabasso. In esito a discussione, si giunse alle seguenti conclusioni: La profilassi della sifilide congenita comporta:

1) La cura dei procreatori e specialmente il trattamento delle donne durante la gestazione, e se è possibile, dall'inizio della gravidanza. Questa regola di condotta si deve applicare non solamente alla donna sifilitica confessa o affetta da sifilide congenita (eredo-sifilide), ma anche alla moglie apparentemente sana, di un sifilitico confesso. Questo trattamento dovrà essere precoce, intensivo e prolungato per tutto il periodo della gravidanza.

2) Quando il bambino nasce con segni di sifilide manifesta (clinici, umorali, o sierologici) dovrà essere curato immediatamente ed in modo intensivo e prolungato, tenendo conto della sua resistenza minima, specialmente nel caso in cui vi siano lesioni viscerali multiple, e difetto di nutrizione.

3) Quando il bambino nasce apparentemente, sano, senza segni clinici, umorali o sierologici di sifilide:

se i procreatori sono stati trattati insufficientemente, bisogna applicare al bambino una medicazione suscettibile di assicurare la prevenzione, meno intensa della curativa, ma abbastanza prolungata. Numerosi medici dicono tuttavia che in questi casi, ci si deve comportare come nel caso seguente:

— se al contrario i genitori sono stati trattati convenientemente ed in special modo la madre durante la gravidanza, il bambino deve essere posto sotto la sorveglianza medica, e se questa sorveglianza è rigorosa e prolungata, si può soprassedere al trattamento, salvo ad applicarlo al minimo sospetto.

4) L'applicazione di questa profilassi comporta la collaborazione del medico di famiglia, lo sforzo parallelo e coordinato delle consultazioni celtiche prenatali e pediatriche, e quello delle infermiere visitatrici, e del servizio sociale. Perchè queste direttive possano avere il loro massimo d'azione, bisogna occuparsi anche dell'educazione delle famiglie (per mezzo del medico), e del pubblico), dimostrandogli, a mezzo di conferenze e di altri mezzi appropriati i pericoli della sifilide congenita.

La profilassi delle nevrosi dell'infanzia.

Relatori ne furono i proff. Hamburger e Denyer. In seguito alla discussione si è concluso che la questione delle nevrosi deve considerarsi di pertinenza integrale della pediatria.

Qualunque sia l'importanza dei fattori ereditari, non si può pensare che si possa agire facilmente su di essi, quindi il problema della profilassi delle nevrosi, è sopratutto un problema di educazione, così che bisogna spingere le famiglie verso un'educazione ferma e dolce, semplice e conforme alle esigenze della natura.

Sul principio l'educazione appartiene alla famiglia, e questa non ne deve essere privata che per delle ragioni gravi. Ed a volte in questi casi la vita famigliare, scelta di preferenza a quella collettiva, può dare dei risultati eccellenti. Il bambino ha bisogno d'un'autorità che lo guidi ed una buona educazione gli fa accettare volentieri l'autorità dei genitori.

Per raggiungere questo scopo bisognerà far posto all'insegnamento dei sani princìpi d'educazione, negli studi medici e particolarmente pediatrici. Bisognerà inoltre educare progressivamente le famiglie e tutte quelle persone che, per la loro professione, debbono stare a contatto con i fanciulli, come si è già fatto per la lotta contro la sifilide, la tubercolosi, il rachitismo, la mortalità dei bambini della prima infanzia, ecc. Particolarmente le giovinette dovrebbero ricevere sempre una preparazione sulla loro funzione di madre futura.

Nell'infanzia le nevrosi, i cui sintomi cominciano a farsi sentire, possono essere presi allo stato iniziale: è questo che ne rende possibile e spesso efficace il trattamento psichico il quale dovrà essere eseguito in modo adatto ad ogni caso, senza preoccuparsi dei medicamenti ritenuti utili allo stato somatico del soggetto. A. S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Anemia alimentare.

Un'alimentazione qualitativamente insufficiente può provocare manifestazioni morbose di tipo anemico.

È descritta così un'anemia da latte vaccino, che si riscontra per lo più in bambini della prima infanzia, rivestendo talora la forma clorotica e talora quella pseudoleucemica (anemia splenica di Jaksch-Hayem).

Vi è poi l'anemia da latte di capra, che si insedia anche più precocemente, coi caratteri, in genere, delle forme più gravi, accompagnandosi spesso a manifestazioni scorbutiche. Un fatto strano, in questo secondo gruppo di anemie, è rappresentato dall'esistenza nel latte di capra di quantità di ferro maggiori che nel latte di vacca e di donna.

Data la predominanza quasi assoluta di tali anemie nell'età infantile, A. Meyer (*Klin. Woch.*, n. 32, 6 agosto 1932) ritiene interessante la pubblicazione di un caso presentatosi invece in adulto, cioè in una donna di 45 anni.

Dall'anamnesi resultò che il soggetto, da molto tempo, nutrivasi prevalentemente con latte di capra, oltre a scarse quantità di cereali. L'istituzione di una dieta mista, ricca di vitamine, con aggiunta di un preparato di fegato e di ferro, apportò rapido miglioramento.

Poichè la patogenesi di queste forme non è ancora ben chiarita, l'A, crede di poter emettere l'ipotesi, basata sui più recenti lavori clinici e sperimentali, che quale fattore determinante non sia estranea l'insufficienza della vitamina A., la quale, per l'appunto, nel latte di capra sarebbe scarsissima. M. FABERI.

Achilia ed anemia.

È stato dimostrato da Castle e dai suoi collaboratori che col succo gastrico viene escreta una sostanza fin qui sconosciuta, la quale possiede la facoltà di liberare dalle albumine muscolari un principio antipernicioso.

Ora Karl Singer (*Klin. Woch.*, n. 35, 27 agosto 1932) ha trovato, con le sue esperienze, che tale principio manca nell'achilia refrattaria all'istamina della anemia perniciosa, mentre è presente in quella della cloroanemia.

La secrezione del principio è inoltre indipendente dall'escrezione dell'acido-cloridrico e della pepsina.

La sua presenza protegge poi, con un'alimentazione appropriata, dalla comparsa di una anemia perniciosa.

L'introduzione per via orale del principio antipernicioso ha valore solamente in quelle forme di anemia in cui l'organismo ha perduto la facoltà di produrre da sè stesso il principio epatico. Tale terapia resta inefficace se questa facoltà si è conservata in limiti sufficienti, come per esempio nella cloroanemia achilica e, naturalmente, anche in tutte le altre anemie secondarie, con secrezione gastrica normale.

L'introduzione attiva del principio antipernicioso non rappresenta quindi che una vera e propria terapia sostitutiva. M. FABERI.

Anemie della prima infanzia.

F. L. Galdi (*La Semana Medica*, giugno 1932) rileva che *l'anemia semplice di tipo comune* è frequentissima nella prima infanzia ed è caratterizzata da discreto pallore della cute e delle mucose senza splenomegalia o con modicissimo aumento di volume della milza, con diminuzione del numero delle emazie e del tasso dell'emoglobina, senza ripercussione sullo stato generale, senza febbre. Il valore globulare è per lo più basso, ma può anche essere uguale e superiore a 1. I leucociti sono per lo più aumentati (anche fino a 15.000-20.000), con linfocitosi. C'è poichilocitosi e policromatofilia. Nei lattanti compaiono anche normoblasti e, meno frequentemente, elementi giovani della serie bianca.

L'anemia semplice di tipo clorotico è un processo anemico caratterizzato da apatia, pallore accentuato con tendenza al verdognolo, senza ripercussione sullo stato di nutrizione con notevole diminuzione del tasso emoglobinico senza grandi alterazioni qualitative nè quantitative degli elementi cellulari. Si può avere anche nella prima infanzia contrariamente a quanto hanno detto alcuni, però dipenderebbe da disturbi digestivi manifesti o latenti a differenza della clorosi della pubertà che sarebbe di origine genitale.

Comincia fra il 12° e 18° mese con pallore, anoressia, stipsi, apatia. Il fegato e la milza si mantengono normali. All'oligoecromemia e modica oligocitemia si uniscono poichilocitosi, anisocitosi e policromatofilia. Non ci sono emazie nucleate. Il valore globulare è sempre molto inferiore all'unità. Formula leucocitaria normale.

Di questa forma di anemia c'è un tipo puro primitivo (da parto prematuro, da insufficienza congenita di sviluppo) e una forma secondaria (da disturbi digestivi, da malattie infettive).

Questa forma guarisce rapidamente coi preparati di ferro.

L'anemia splenica infantile di tipo comune è invece una malattia più grave; è caratterizzata da epatosplenomegalia con anemia intensa e presenza di forme immature in circolo. Si differenzia dall'anemia di von Jacksh-Luzet per la sintomatologia meno imponente, per la leucocitosi più moderata, per la minore ab-

bondanza di forme immature e per la prognosi meno grave. L'inizio è spesso insidioso, c'è micropoliadenia.

Di queste forme di anemia della prima infanzia l'A. riferisce ampiamente numerosi casi (complessivamente 25). R. LUSENA.

Nell'anemia dei fanciulli.

L. Babonneix (*Gaz. des hôpitaux*, 27 luglio 1932) consiglia (dopo di avere escluso la possibilità che si tratti di tubercolosi: fare la cutireazione) quanto segue.

Per la prima settimana del mese: un cucchiaio da dessert di sciroppo di ioduro di ferro a metà di ognuno dei pasti principali, per la seconda, di sciroppo di lattofosfato di calce (nelle stesse condizioni) e per la terza, un cucchiaio da minestra di olio di fegato di merluzzo, al mattino a digiuno.

Per la quarta, 10-15 grammi di carne di cavallo cruda, tritata e messa in brodo appena tiepido, un'ora prima dei pasti principali, oppure, un po' di fegato di vitello crudo (se è bene sopportato) oppure del midollo osseo fresco, se è possibile.

Molto riposo e buona aria. Allargare l'alimentazione introducendovi con prudenza della carne rossa, delle uova, prosciutto, sardine, tonno, frutta cotta o cruda, se ben matura.

fil.

Diatesi emorragica consecutiva al trattamento con neosalvarsan.

Un paziente di Sitka (*Deut. med. Woch.*, 3 giugno 1932) affetto da aortite sifilitica venne trattato con iniezioni di neosalvarsan e di bismugenol. Dose iniziale: del primo g. 0,45, del secondo, cmc. 1,5; ben sopportate. Iniezioni due volte la settimana, arrivando a g. 0,6 di neosalvarsan, alla quinta. Un giorno dopo la nona iniezione, forte emorragia dall'orecchio destro, cessata dopo somministrazione di cloruro di calcio. Dopo 6 giorni, nuova iniezione di neosalvarsan e bismugenol; il giorno seguente, emorragie da entrambe le orecchie, epistassi ed emorragie sottocutanee. Anche nella mucosa boccale, emorragie confluenti; libero invece il torace.

Assenza di sintomi tossici e di lesioni epatiche evidenti. Riposo in letto, abbondante quantità di cloruro di calcio; il giorno dopo le condizioni del paziente erano normali e 2 giorni dopo le emorragie sottocutanee e sottomucose incominciarono a scomparire.

In assenza di ogni reperto patologico, l'A. ritiene che le emorragie siano state causate dal trattamento antisifilitico. *fil.*

Leucemia linfatica con infiltrazione del periostio.

F. J. Poynton e R. Lightwood (*Lancet*, 4 giugno 1932), presentano il caso clinico di una bambina di 4 anni, venuta sotto la loro osservazione per una sindrome dolorosa articolare fortemente febbrile.

L'esame clinico dimostrava a carico della cute numerose petecchie emorragiche; rumori anemici al centro circolatorio; aumentati di volume il fegato e la milza, tumefatte le grandi articolazioni. All'esame istologico del sangue si ha il reperto di una fase aleucemica di una leucemia linfocitica acuta.

L'autopsia non ha dimostrato che un'ipertrofia diffusa dei tessuti linfatici. Caratteristiche le alterazioni ossee: nelle ossa lunghe, tra osso e periostio vien posto in evidenza un infiltrato cospicuo composto in massima parte di linfociti. Così pure il midollo osseo si rivela invaso da tessuto linfoide.

Mentre comuni sono le modificazioni del midollo osseo in tutte le malattie del sangue, più rare sono le alterazioni periostee; queste ultime possono portare ad un errato indirizzo diagnostico, e, in casi come quello sopra illustrato far pensare di esser di fronte ad uno scorbuto, ad un osteomielite, a una periostite luetica. Solo il reperto ematico, esattamente valutato, può in questi casi permettere di porre la diagnosi di leucemia acuta. M. PONS.

NOTE DI RADIOLOGIA.

Sulla rappresentazione radiologica della milza, fegato e midollo osseo per mezzo del diossido di torio e le sue basi istologiche.

Lo studio è stato compiuto da H. E. Anders e L. Leitner (*Klin. Woch.*, n. 26, 25 giugno 1932), usando il preparato, che trovasi in commercio col nome di Thorotrast, in 40 conigli, senza osservare manifestazioni morbose acute, anche con dosi forti.

Per ottenere una debole ombra di contrasto della milza e del fegato furono necessari per lo meno 0,5 cmc. per Kg. di peso dell'animale, raggiungendo 0,75-1 cmc. della sol. al 25:100 per quadri più netti, e l'ombra apparve tanto più rapidamente quanto più forti furono le dosi iniettate.

Radiografie eseguite di 2 in 2 minuti dopo l'iniezione mostrarono, in pari tempo alla comparsa di una netta ombra renale, anche quella di numerose ombre vasali, grosse e piccole. Con la comparsa delle ombre della milza e del fegato, i vasi non furono più visibili.

Le ricerche istologiche compiute nella milza, fegato e midollo hanno concordato, dimostrando che la sostanza introdotta è immaganizzata attivamente, in una speciale forma cristallina, nel sistema reticolo endoteliale. Soccombendo poi le cellule immagazzinanti, la sostanza resta libera, come corpo estraneo, nei suddetti organi, senza poter venire eliminata, formando una specie di incrostazione, che è la causa delle ombre radiologiche.

Si osservarono lesioni tardive negli animali da esperimento a carico del fegato, e in forma di iniziale processo di cirrosi atrofica, e in 2 casi si manifestò una speciale labilità, per la quale si produsse la morte in seguito a procedimenti innocui, quali ad esempio una sottrazione di sangue.

L'epatosplenografia col Thorotrast non rappresenta quindi per gli animali da esperimento un procedimento indifferente dal punto di vista dell'innocuità, e poichè anche nell'uomo l'immagazzinamento della sostanza deve svolgersi in maniera analoga, tale metodo diagnostico in patologia umana dovrà essere considerato con grande circospezione.

M. FABERI.

La diagnosi radiologica dell'appendicite cronica.

P. Jacquet e L. Gally (*Soc. méd. hôpitaux*, 8 luglio 1932) osservano che tale diagnosi si basa sull'esistenza di tre segni che compaiono successivamente in parecchie settimane e nell'ordine seguente: irritabilità retrattile del cieco, punto doloroso, ingombro baritico dell'ileo passata la sesta ora dopo un pasto baritato.

L'irritabilità retrattile del cieco, molto netta si osserva soltanto all'inizio. Il punto doloroso dell'appendicite risponde, nell'80 % dei casi, non già all'appendice, ma alla sfilata ileocecale e soltanto nel 20 % all'appendice. Gli AA. insistono sull'importanza di questa nuova nozione e sul carattere incerto che risulta dalla sensibilità localizzata all'appendice, data finora come il solo segno caratteristico.

Gli AA. insistono inoltre sulla frequenza di questa sindrome anatomo-radiologica, spesso episodica, spontaneamente curabile e che resta misconosciuta. Quasi costante, in tutte le epoche dell'appendicite, è la compartecipazione del colon.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il valore emoglobinico delle emazie del vecchio.

I diversi ricercatori che si sono occupati delle variazioni del quadro ematico in dipendenza dell'età, hanno ottenuto risultati alquanto discordi.

Secondo Millet e Balle-Helaers (*Le Sang*, n. 7, 1932) sarebbe invece importante, per poter stabilire con sicurezza il limite tra patologico e normale, possedere esatte cognizioni in proposito. A chiarire tale questione si sono accinti i nostri AA., basandosi su di un'ampia casistica di individui sani (un centinaio), di età variante tra i 55 e i 95 anni, parte scelti tra i ricoverati in un ospizio di vecchi, e parte in classi sociali più elevate. Si è così potuto stabilire che mentre nell'adulto di media età il valore globulare è inferiore o uguale ad 1, esso nei vecchi è superiore a 1,05 nell'80 % dei casi: tale modificazione non aumenta sensibilmente con l'età, è indipendente dal sesso, dalla condizione sociale e dalla stagione; essa aumenta invece col diminuire del tasso di globuli rossi. Gli AA. si sono anche occupati di ricercare se vi fosse, in relazione con l'aumento del V. G., una modificazione del diametro delle emazie. E hanno infatti trovato che mentre nell'adulto di media età e nel vecchio con V. G. normale il diametro medio delle emazie oscilla intorno a 7 μ, esso è spostato verso 7,5 μ nel vecchio con V. G. superiore a 1,05.

Tali modificazioni del quadro ematico normale dei vecchi, che ricordano quelle che si hanno nell'anemia perniciosa, sono dunque da tenere presenti, per evitare che un esame ematologico possa portare ad un errore di diagnosi.

PUDDU.

Le modificazioni dei globuli rossi nelle malattie epatiche.

H. Schulten e B. Malamos (*Klin. Woch.*, n. 32, 6 agosto 1932) hanno trovato, con ricerche sistematiche, che nelle affezioni epatiche diffuse, specie quelle con ittero, quasi di regola è dimostrabile un forte aumento della grandezza delle emazie.

Il fenomeno si manifesta con un aumento del diametro medio ed una deviazione a destra della curva di Price-Jones, nonchè spesso con un innalzamento del volume medio e dell'indice di colorazione.

Anche l'ovalità e l'anisocitosi degli eritrociti sono per lo più maggiormente accentuate che nella norma.

Tale quadro sanguigno sarebbe pertanto simile a quello che si ha nelle remissioni epatiche dell'anemia perniciosa.

M. FABERI.

VARIA.

La vitamina della fertilità.

Gli studî sulle vitamine vanno sempre più precisando i caratteri di questi elementi e mettono sempre più in evidenza la loro importanza in tutte le funzioni dell'organismo.

Le meglio conosciute, nei riguardi della loro azione e della loro presenza nei varî alimenti sono le vitamine A (antixeroftalmica), B (antiberiberica), C (antiscorbutica), D (antirachitica).

Ricerche recenti, iniziate da un decennio circa in America, hanno dimostrato che accanto a tutte queste vitamine ne esiste un'altra la cui carenza produce la sterilità.

F. Marchesi (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, 1932, fasc. I) fa un'ampia rassegna di questi studî, che merita di essere riassunta.

I primi ad affermare l'esistenza di un elemento vitaminico specifico per la funzione riproduttiva furono Evans e Bishop nel 1922.

Essi trovarono che ratti alimentati con proteine avitaminiche, grassi, idrati di carbonio, sali in congrua quantità con l'aggiunta di vitamina A e B, si sviluppano bene, ma rimangono sterili.

Ma se a questa dieta si aggiungevano foglie di lattuga la sterilità era scongiurata.

Evans e Bishop conclusero per l'esistenza di

una vitamina specificamente attivante la funzione riproduttiva, alla quale assegnarono la lettera X.

Contemporaneamente Sure faceva esperimenti analoghi adoperando, invece della lattuga, baccelli pelosi della fava della Georgia. I risultati furono conformi a quelli ottenuti da Evans e Bishop. Anche egli concluse per la esistenza di una vitamina specifica per la fertilità, alla quale egli assegnò la lettera E, denominazione che è ora generalmente adoperata.

Non mancarono le opposizioni. Si obbiettò che la sterilità era dovuta a carenza delle vitamine note, che danneggiando lo stato generale produce anche un'alterazione degli organi della riproduzione con la conseguente infecondità.

Fu facile rispondere che la presenza delle vitamine A, B e D, nella dieta era dimostrata dal perfetto sviluppo e stato di salute generale degli animali in esperimento, la cui unica anomalia è rappresentata dalla sterilità.

La mancanza della vitamina E danneggia eslusivamente la funzione riproduttiva senza alterare le condizioni generali dell'animale.

Non è dubbio che la mancanza di altre vitamine fa risentire la sua azione dannosa anche sulla riproduzione, ma questo danno fa parte del complesso di alterazioni indotte dall'avitaminosi. D'altra parte la carenza di vitamine A, B e D non è veramente sterilizzante, ma è risentita dal prodotto del concepimento che risulta poco vitale.

Le sostanze più ricche di vitamina E sarebbero i vegetali e tra questi le foglie di lattuga e di trifoglio, la farina di fave di Georgia e il germe di grano. Tra le frutta solo le banane e le arance ne conterrebbero tracce.

Discreta quantità ne conterrebbe l'olio di fegato di merluzzo ed alcuni olii vegetali, e tra questi sopra tutto l'olio di germe di grano.

La vitamina E appartiene alla categoria delle vitamine liposolubili. È molto resistente agli agenti fisici e chimici. Solo l'ossidazione l'altera facilmente, per modo che nei grassi, nei quali si sviluppa la rancidità, viene ad essere distrutta.

Le alterazioni indotte dall'avitaminosi E negli organi riproduttori maschili sono simili a quelle riscontrate nella carenza da vitamine A e B. Si ha atrofia dei testicoli con sviluppo del tessuto connettivo interstiziale, arresto della spermatogenesi, restringimenti del diametro di tubuli seminiferi, infiltrazione pigmentaria delle cellule interstiziali.

Nella femmina invece l'ovaio non è alterato, come è comprovato dalla perfetta ovulazione e dall'impianto dell'uovo sulla mucosa uterina. È su questa che sembra agire la funzione attivante della vitamina E, la cui carenza produrrebbe un'incapacità della funzione placentare, donde un'incapacità allo stabilirsi della gravidanza.

Un fatto importante è che la vitamina E ha la facoltà d'immagazzinarsi nell'organismo per modo che negli animali sottoposti a dieta con mancanza di detta vitamina la sterilità non si stabilisce subito dopo l'inizio del regime ma solo qualche tempo dopo.

La somministrazione di vitamina E guarisce la sterilità delle femmine sottoposte ad alimentazione con carenza specifica anche dopo lungo tempo, ma non è più efficace per i maschi sottoposti allo stesso trattamento per 4-5 mesi. Sembra che le alterazioni indotte nei testicoli siano più profonde ed inemendabili, di quelle provocate negli organi genitali femminili.

D'altra parte la sua attività oltre che sugli elementi sessuali maschili e femminili in rapporto alla loro capacità fertilizzante, pare si esplichi anche in azioni collaterali. La carenza di vitamina E agisce sull'allattamento, in quanto questo riuscirebbe poco proficuo.

Infine l'avitaminosi E produrrebbe paralisi di tipo speciale con degenerazione cerea delle fibre muscolari.

Gli effetti della carenza della vitamina E sull'uomo non sono noti. Per ovvie ragioni non si sono potuti istituire sull'uomo esperimenti analoghi a quelli praticati sugli animali. E la clinica manca di qualsiasi fatto dimostrativo al riguardo.

Nè si possono trarre conclusioni da quanto si verificò in alcuni aggregati umani durante la guerra. In tali casi la diminuita attività genetica aveva cause alimentari e di altro genere ben più potenti e grossolane di quelle che possono attribuirsi ad un qualsiasi fattore vitaminico. *argo.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al Dott. G. P. di P.:

Tra le numerose terapie proposte per la *cura della pertosse* quella con vaccino ottenuto col bacillo di Bordet-Gengou offre maggiori probabilità di successo.

L'efficacia di esso si dimostra con la diminuzione della frequenza e dell'intensità degli accessi, e tanto più è netta, quanto più alte sono le dosi di germi iniettati.

Le iniezioni sono ben sopportate anche dai lattanti, e vanno iniziate non appena la diagnosi di pertosse appare sicura.

Alla cura vaccinica, in specie quando gli accessi di tosse sono insistenti e fastidiosi, è bene associare qualche medicina antispasmodica (per es. bromuro, belladonna, bromoformio, atussin, sic, ecc.), iniezioni di etere purissimo, ed infine permanenza in luoghi di aria pura e soleggiati. S. L.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La pletora dei medici ed i giovani universitari.

L'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e degli Ordini dei Medici, in occasione delle iscrizioni alle Università, ha stimato doveroso di esporre ai giovani quanto segue:

Il numero dei medici esercenti in Italia supera di gran lunga il fabbisogno, con conseguente larga disoccupazione.

Mentre il numero dei medici necessari a colmare i vuoti annui ed a far fronte all'aumentare di popolazione (calcolata nella cifra da augurarsi ma non ancora raggiunta dell'1 %) sarebbe da 900 a 1000, il numero dei laureati varia da 2000 a 2200.

In sei anni, quando tutti gli iscritti alle Facoltà di medicina saranno laureati, si avranno oltre 8000 medici più del necessario.

Anche ammettendo che si riuscisse a portare il numero dei nuovi iscritti da 2200 a 700, cioè a meno di un terzo, occorrerebbero varie decine di anni a riportare l'equilibrio.

I giovani che si iscrivono alla Facoltà di medicina, debbono quindi sapere che occorreranno loro molti anni prima di poter contare su un lavoro assicurato, e che per gran parte di essi la professione non basterà neppure a pagare l'interesse del capitale speso per conseguire la laurea.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Si è adunato il Consiglio amministrativo dell'Ordine sotto la presidenza dell'on. prof. Ermanno Fioretti.

Fu votato all'unanimità, nell'occasione del Decennale della Rivoluzione Fascista, un indirizzo al Capo del Governo nel quale viene confermata la incondizionata ed ardente devozione dei sanitari dell'Urbe e provincia al Capo, esaltatore magnifico delle virtù civili della stirpe e restauratore di provvidenze igieniche e sociali per cui l'Italia marcia dal Campidoglio all'avanguardia delle Nazioni.

Fu anche all'unanimità deliberato di concorrere, per solennizzare il Decennale, alle Opere Assistenziali dell'Urbe, inviando al Segretario federale l'offerta di lire tremila.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Asolo (*Treviso*). — Scad. 30 nov.; consor.; lire 9500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v.; decurtaz. 12 %; età lim. 45 a.

Buddusò (*Sassari*). — Scad. 18 gen.; per Salti di Giosso; L. 10.500 e 4 quadrienni dec.; cavalc. L. 2500; arm. farm. L. 1000; riduz. 12 %.

Civitella in Val di Chiana (*Arezzo*). — Scad. 31 dic.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 2500 cavalc., L. 1500 assegno temporaneo per il servizio in località Pieve a Mairano; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Grantorto (*Padova*). — Scad. 15 nov.; L. 9000 oltre L. 3000 cavallo o autom.; età lim. 40 a.

Gubbio (*Perugia*). — Scad. 20 dic.; due condotte (urbana e di Salia Burano); L. 8000 e L. 9000, oltre L. 1800 serv. att.; biennio in clinica o primario ospedale; tassa L. 50. Chied. annunzio.

Imperia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Al 15 dic., ore 18; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 16.700 aumentabili a L. 18.000 oltre L. 3700 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 9 ott.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

Legnano. *Ospedale di Circolo.* — Proroga 15 nov.; primario medico.

Marnate (*Varese*). — Posto per l'unica condotta del Comune. Stipendio annuo lordo L. 10.000. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

Morra (*Perugia*). — Scad. 30 nov.; L. 7000 oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.

Orani (*Nuoro*). — Scad. 20 dic.; L. 9500 e 6 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., L. 300 carcere; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Perugia. *Comune.* — Al 25 gen., ore 17,30, condotta rurale; L. 7000 (oppure L. 8000 nel caso di assegnaz. a condotta di residenza disagiata), oltre L. 1700 serv. att., L. 4000 trasp., c.-v., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 ott. Chied. annunzio.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pescara I (Ancona); Bari S. Spirito (Bari); Paulilatino (Cagliari); Rapolano (Firenze); Carignola II, Ariano Irpino (Foggia); Sambuca di Sicilia (Palermo); S. Massimo all'Adige, Egna Termeno (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 dicembre 1932 A. XI.

Rovigo. *Comune.* — Scad. 20 dic.; 3ª cond. rurale; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1900 indenn. servizio, c.-v., L. 300-1000-1500 trasp.; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., fino a L. 1000; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Salerno. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 1° feb.; primario medicina, primario maternità, aiuto ostetrico, aiuto chirurgo. Rivolgersi all'Amministrazione del Pio Ente.

S. SOSTI (*Cosenza*). — Scad. 15 nov.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 2500 obbligo cavallo, lire 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SEQUALS (*Udine*). — Posto di medico condotto ed Ufficiale Sanitario. Scadenza 31 dicembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Con le norme stabilite dall'art. 5 e seguenti del R. Decreto 16 gennaio 1927, n. 155, è aperto il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi al quale è assegnato lo stipendio iniziale di L. 14.760 lorde, aumentabile periodicamente, fino ad un massimo di quattro decimi dopo 19 anni di servizio, e soggetto alla riduzione del dodici per cento. I concorrenti dovranno inviare, oltre i documenti indicati nell'art. 8 del R. Decreto sopracitato, la prova del versamento della tassa di L. 50. Scadenza 31 gennaio 1933-XI.

TRINITAPOLI (*Foggia*). — Scad. 15 nov.; L. 8500; età lim. 35 a.

URZULEI (*Nuoro*). — Scad. 25 gen.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

VALENZA (*Alessandria*). — Per titoli. Lo stipendio annesso al posto di medico condotto è: *a*) L. 6000 annue a titolo di indennità residenziale ridotta del 12 % a senso di legge; *b*) L. 500 a titolo di indennità per mezzo di trasporto. Detti assegni vanno soggetti alle ritenute legali. Sulla indennità residenziale saranno concessi cinque aumenti quinquennali del decimo. Sono escluse le indennità di caro viveri e di servizio attivo, essendo permesso l'esercizio della libera professione. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Municipale, debbono pervenire a detta Segreteria non più tardi delle ore diciasette del 15 gennaio 1933.

VALLARSA (*Trento*). — Scad. 20 nov., ore 18; per Raossi; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2200 indennità via; L. 1600-3000 trasp.; L. 950 uff. san.; riduz. 12 %; non v'è riconoscimento servizi anteriori.

VASTOGIRARDI (*Campobasso*). — Per titoli. Stipendio iniziale L. 6500 lorde; indennità di cavalcatura L. 2000; assegno Ufficiale Sanitario L. 600 annue. Aumenti quinquennali di un decimo e fino a 3 quinquenni. Età limite anni 40 salvo eccezioni di legge. Tassa L. 50. Domanda in carta da bollo e i prescritti documenti d'uso. Scadenza ventisette gennaio 1933.

VICO DEL LAZIO (*Frosinone*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre c.v., L. 1200 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Sono aperti i seguenti concorsi scadenti il 31 dicembre 1932:

Fondazione « Cagnola ». Tema: Una scoperta ben provata nella cura della pellagra. Premio L. 2500 e medaglia d'oro L. 500. Una scoperta ben provata sulla natura dei miasmi e contagi. Premio L. 2500 e medaglia d'oro L. 500. La tubercolosi del pancreas (ricerche sperimentali). Premio L. 2500 e medaglia d'oro L. 500.

Fondazione « Fossati ». Tema: Ricerche originali d'indole anatomica, fisiologica e fisiopatologica intorno al sistema extrapiramidale. Premio L. 3000.

Per ulteriori informazioni rivolgere richieste alla Segreteria dell'Istituto Lombardo, via Brera 20.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel per la medicina è stato assegnato, pel 1932, ai proff. sir C. S. Sherrington di Oxford e E. D. Adrian di Cambridge. Ne daremo più ampie notizie in un prossimo numero.

Il gr. uff. dott. Egisto Terzi è nominato direttore generale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, in sostituzione del gr. uff. avv. Bonaventura Graziani, che lascia la carica per aver compiuto il limite dell'età prescritto dal regolamento dell'Opera Nazionale.

Il prof. Michelangelo Sorrentino è nominato consulente per le malattie delle vie urinarie presso gli Ospedali Riuniti di Salerno.

Vincitori del I Concorso Fism, sulla « Carenza da zolfo », sono risultati: 1° premio, dott. prof. G. Roi (Verona), L. 3000; 2° premio, dottori Cabitto Luigi e Bianchi Giuseppe (Novara), L. 2000; 3° premio a pari merito (L. 500 per lavoro), dottori F. Stefani e Marinello (Lendinara), Mariano Lepore (Avellino), Berruti (Napoli), Umberto Broussard (Pizzo Calabro), Lorenzo Fanzio (Carezzano). Per estrazione a sorte, sono risultati i dottori: A. Nardone (Lanuvio); Giunio Oricchio (Salerno); Placido Benigni (Messina); Salvatore Rametta (Siracura); Nicolò Di Fede (Gela). La Commissione giudicatrice era composta dai proff.: S. Baglioni (Roma), D. Campanacci (Parma), L. Maranelli segretario (Milano).

Il Consiglio amministrativo del sanatorio dell'Unione nazionale degli Studenti di Francia ha nominato direttore del sanatorio stesso, già quasi ultimato, il dott. Douady, che entrerà in funzione col 1° dicembre e curerà l'organizzazione definitiva dell'istituto, affinchè questo possa entrare in attività nei primi mesi del 1933.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

IV Congresso degli anatomici a Pavia.

L'inaugurazione a Pavia del IV Congresso della Società italiana di Anatomia ha coinciso con la celebrazione del centenario di Antonio Scarpa, il cui nome appartiene con fama mondiale, alle glorie scientifiche dell'Ateneo pavese. Esso si è aperto il 16 ottobre nell'aula foscoliana, alla presenza delle autorità politiche del luogo, e di molti professori dell'Università di Pavia e di altre città.

S. E. il Prefetto Turbacco, dopo un elevato discorso, dichiara aperto il Congresso; prendono poi la parola il Podestà prof. Vaccari, il magnifico rettore, prof. Rossi, il prof. Donaggio, preside della Facoltà Medica dell'Università di Modena, per ricordare come lo Scarpa iniziasse appunto a Modena a vent'anni la sua brillante carriera d'insegnamento, il prof. Pensa, anatomico della nostra Università e Presidente del Congresso.

Il prof. Achille Monti di anatomia patologica tiene quindi il discorso ufficiale di commemorazione centenaria di Antonio Scarpa, nato a Lorenzaga in comune di Motta di Livenza nel 1752 e morto in Pavia il 31 ottobre 1832. L'oratore, che fu molto applaudito, esalta la figura del sommo scienziato, che si distinse non solo nell'anatomia, ma ben si può dire in tutti i rami della medicina, ne enumera tutte le importantissime e geniali scoperte, ricorda con quanto ardore promosse a Pavia la creazione di nuovi istituti, impose nuovi metodi d'insegnamento e come tutta la sua vita dedicò allo studio indefesso, alla scienza, allo sviluppo ed al miglioramento dell'Università di Pavia e dei suoi istituti. Vicino al nome di Scarpa l'O. ricorda in particolar modo un allievo di questa scuola, l'anatomico Alfonso Corti (1822-1876), celebre per la scoperta sull'organo dell'udito.

Terminata così la cerimonia inaugurale si procede allo scoprimento della lapide nella quale è rappresentato il busto del marchese Alfonso Corti di S. Stefano la cui figura di grande studioso viene messa nuovamente in rilievo dal rettore prof. Rossi.

Nel pomeriggio di domenica hanno avuto inizio i lavori del Congresso con la interessante relazione tenuta dal prof. Favaro su: « Antonio Scarpa nella storia dell'anatomia normale » a cui hanno fatto seguito molte ed importanti comunicazioni, fra le quali una del prof. Bilancioni di Roma su: Scarpa e lo studio dei seni accessori del naso.

Lunedì 17 hanno presentato comunicazioni il prof. Turchini dell'Università di Montpellier su: contributo allo studio di alcuni corpuscoli tattili; il prof. Veratti di Pavia: sui picnociti delle ghiandole salivari nel cane; il prof. Villa: su la topografia delle cellule del Küpfer sul lobulo epatico, e molti altri.

Nella giornata di martedì 18 il prof. Artom ha tenuta una relazione: sull'indifferenziamento delle cellule germinative in rapporto con le forme intermedie della sessualità; il prof. Ferrata ha fatto una comunicazione sulle cellule ematiche nella fase embrionale preepatica, infine hanno comunicato Castaldi e Maxia di Cagliari, prof. Rina Monti di Milano, Rusconi e F. Rossi di Pavia.

Nel pomeriggio dello stesso giorno i Congressisti hanno visitato la Certosa.

Mercoledì ultimo giorno del Congresso, sono continuate le comunicazioni ed ha avuto luogo la relazione del prof. Pensa sulla genesi e sullo sviluppo dell'apparato linfatico degli uccelli.

* * *

All'inizio della seduta amministrativa di chiusura del Congresso il prof. Chiarugi di Firenze, a nome di tutti i Congressisti, ha rivolto sentite parole di ringraziamento.

È stata designata come Sede del V Congresso nel 1933 la città di Cagliari. P. INTROZZI.

NOTIZIE DIVERSE.

Norme per i congressi nazionali ed internazionali.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato recentemente un disegno di legge, proposto dal Capo del Governo, che contiene norme per la concessione dell'autorizzazione a tenere congressi in Italia e per la partecipazione dell'Italia ai congressi internazionali.

Il provvedimento, tenendo in considerazione le proposte fatte da una speciale commissione della Reale Accademia d'Italia, dispone che siano sottoposte al preventivo parere di una speciale Commissione: l'autorizzazione dei congressi nazionali ed internazionali da tenersi in Italia; la partecipazione dell'Italia a congressi scientifici che hanno luogo all'estero, e la composizione delle delegazioni italiane a tutti i congressi internazionali che hanno scopi scientifici.

8° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

È indetto a Madrid dal 29 maggio al 4 giugno 1933, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica Spagnola. I temi del Congresso sono i seguenti: 1° « Principî generali che devono presiedere all'organizzazione sanitaria di una nazione in caso di guerra e applicazione alle diverse formazioni delle prescrizioni della nuova Convenzione di Ginevra » (relazioni affidate ai Comitati della Spagna e della Svezia); 2° « Le vaccinazioni preventive nelle armate di terra, di mare e dell'aria (Spagna, Gran Bretagna, Giappone); 3° « Il trattamento dei casi chirurgici di prima urgenza alla fronte, in guerra di movimento. Concezione di una formazione specializzata: sua organizzazione materiale e suo impiego dal punto di vista tattico » (Spagna, Belgio); 4° « Gli alimenti conservati facenti parte della razione prescritta, sia in tempo di pace, sia in campagna. Loro modo di preparazione e loro analisi » (Spagna, Svizzera); 5° « Studio comparativo dell'organizzazione nelle diverse armate di terra, di mare e dell'aria: *a*) dei servizi odontoiatrici; *b*) dei servizi amministrativi » (Spagna, Messico, Paraguay). Alla chiusura del congresso si terrà la 3ª sessione dell'Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare. Quote: 50 pesete per i partecipanti, 30 per gli aderenti (moglie e figli), 15 per gli studenti; le iscrizioni si chiudono il 1° aprile. L'agenzia Cook s'incaricherà dei viaggi. Avranno luogo corride, « verbenas » ed escursioni. Viene anche organizzato un viaggio d'andata per mare, con partenza da Bordeaux (a cura delle « Archives Médicales Belges », Hôpital Militaire, Liége, Belgio). Per altre notizie rivolgersi al Commissariato generale del Congresso, Ministero della Marina, Madrid.

4° Congresso argentino di chirurgia.

L'« Asociación Argentina de Cirugía » ha tenuto il suo 4° congresso a Buenos Aires dal 10 al 15 ottobre, sotto la presidenza del dott. Arturo Zabala. Temi discussi: « Complicazioni della chirurgia biliare » (E. Romagosa, J. M. Allende e A. Althabe); « Trattamento delle fratture della diafisi femorale » (E. e R. Finocchietto, M. Gamboa); « Trattamento delle infezioni della mano e delle loro sequele » (A. Baraldi e B. Calcagno). Ebbero luogo delle proiezioni cinematografiche inedite di operazioni chirurgiche e varie sedute operatorie. Al congresso era unita una ricca mostra.

3° Congresso francese di chirurgia plastica.

Come ne abbiamo già dato notizia, nei giorni 7 e 8 ottobre ha avuto luogo a Parigi, nella Scuola di Medicina, il 3° Congresso della Società francese di chirurgia plastica, estetica e riparatrice.

Numerosi sono stati i congressisti giunti da ogni parte della Francia e da parecchie nazioni del mondo. In rappresentanza dell'Italia ha fatto parte della presidenza d'onore il prof. Arturo Manna, il quale ha svolto una interessante comunicazione, oggetto di vivace discussione, ed ha pronunciato alla fine del Congresso un applaudito discorso.

Il prof. Manna è stato anche ricevuto dal nostro Ambasciatore Conte Pignatti Morano di Custoza.

Ci congratuliamo col nostro carissimo amico che ha saputo tenere alto il nome e il prestigio della cultura Italiana.

Associazione dei professori francesi di medicina.

Il 5 ottobre, nei locali della Facoltà di medicina di Parigi, si adunò un Comitato costituito dall'assemblea generale della « Association des Membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat ».

Vennero in discussione vari argomenti: assicurazioni sociali ed insegnamento clinico; riforma degli studi medici; trattamento dei capi di clinica (aiuti); ecc.

Furono approvati i seguenti voti: 1) perchè gli *agrégés*, giunti al termine delle loro funzioni, continuino a far opera d'insegnamento (sovratutto partecipando agli esami teorici e pratici) e siano autorizzati a continuare i loro versamenti per la pensione; perchè, dovendosi procedere alla costruzione e all'arredamento di nuovi istituti ospedalieri di cura o di profilassi nelle città che sono sede di facoltà o di scuola di medicina, o nei loro sobborghi, si consultino le Commissioni amministrative degli ospedali e i Consigli delle facoltà o delle scuole di medicina; perchè i posti di *agrégé* vacanti non siano mai conferiti per incarico, dai professori titolari ed a loro beneplacito, ma sempre messi a concorso.

L'Ufficio per il 1933 è stato così costituito: presidente onorario Guyot; presidente effettivo Baudouin (Parigi); vice-presidenti Jacques (Nancy) e P. Delmas (Montpellier); segretario generale R. Fabre (Bordeaux); tesoriere B. Patel (Lione).

Corsi di sanità militare.

Il Ministero della Guerra ha disposto che il 20 gennaio 1933 abbia inizio presso la Scuola di applicazione di sanità militare di Firenze, un corso per la nomina a sottotenente medico di complemento per giovani muniti della laurea in medicina e chirurgia.

I corsi avranno la durata di 5 mesi e quindi termineranno alla data del 20 giugno. Durante i corsi saranno impartiti agli allievi l'insegnamento tecnico professionale e l'istruzione militare senza far luogo nè alla nomina a caporale nè a quella a sergente.

Il laboratorio d'igiene di Chieti.

Nella ricorrenza del decennale è stato inaugurato a Chieti il Laboratorio d'Igiene e Profilassi, installato al secondo piano del Palazzo Municipale, con sedici vasti ambienti, in modo che i numerosi servizi vi possono essere disimpegnati senza reciproco intralcio e con rapidità. Il Laboratorio è corredato dei più moderni apparecchi e può svolgere tutte le analisi microscopiche, chimiche, batteriologiche, sierologiche, fisiche e istologiche applicate all'igiene ed alla clinica nell'interesse generale della pubblica profilassi delle malattie infettive, della sorveglianza igienica sugli alimenti e le derrate alimentari; può compiere pure le diverse ricerche che possono occorrere per interesse privato e nel campo medico-legale; corredato ancora dei principali periodici d'igiene, di batteriologia, di chimica generale e bromatologica, vi si possono svolgere ricerche scientifiche, e può funzionare altresì per la regione — purtroppo lontana dalle sedi di studio — come centro di consulenza specifica nel campo delle indagini di laboratorio agli scopi igienici, chimici e medico-legali.

Durante il corso dell'anno undecimo il Laboratorio avrà una stazione di disinfezione automontata, tale cioè che possa funzionare per tutti i comuni della provincia; in seguito si avrà pure un ambulatorio antirabbico.

Nella stampa medica.

Si è iniziata a Bogotá (Colombia) la pubblicazione di una « Revista de la Facultad de Medicina », a periodicità mensile; contiene memorie originali ed un ricco indice bibliografico. Rivolgersi alla: Biblioteca de la Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, America Centrale.

La famiglia del prof. Forlanini al dott. Tomarkin.

Come segno di gratitudine per la commemorazione organizzata dalla « Fondazione Tomarkin », il fratello di Carlo Forlanini — geniale ideatore del pneumotorace artificiale — ha offerto al dott. Leandro Tomarkin gli autografi di due conferenze pronunciate dal Forlanini nel 1907 alla Associazione Sanitaria Milanese.

Con squisito pensiero il dott. Tomarkin ha disposto perchè i preziosi manoscritti rimangano in Italia, destinati al Museo di Milano.

Il prof. Morelli.

L'on. prof. Eugenio Morelli è in via di piena guarigione.

Egli aveva riportato la frattura di due costole e alcune contusioni; i suoi compagni di viaggio sono rimasti quasi incolumi.

All'insigne studioso e Maestro vada il nostro compiacimento cordialissimo.

Per il prof. Delbet.

Gli allievi ed amici del prof. Pierre Delbet si sono riuniti nella Clinica chirurgica dell'Ospedale Cochin di Parigi, sotto la presidenza del decano della Facoltà, prof. Balthazard, per offrire all'insigne chirurgo un volume giubilare. Il prof. Delbet aveva espresso il desiderio di essere circondato solo da allievi. Il più antico di questi, dott. Veau, gli presentò una copia del volume e pronunziò un commovente discorso; poi Chevassu, Mocquot, Girode, Leveuf, delinearono l'opera così varia del loro maestro quale anatomista, biologo, insegnante, operatore, artista: emersero sovratutto la devozione e l'affetto per il maestro, che ora va in congedo. Si comprende perciò come i ringraziamenti di Delbet siano stati compenetrati da una viva emozione, che si è comunicata a tutti i presenti.

Il metodo Voronoff interumano in Cassazione.

Abbiamo già dato notizia di un'azione giudiziaria determinata da un innesto testicolare interumano: una glandola estirpata ad un giovane valido consenziente, venne innestata, in segmenti, ad un giovane affetto da ipotrofia testicolare. L'intervento fu eseguito a Napoli dal prof. Gabriele Iannelli, assistito dai chirurghi dottori Giuseppe Ferpina, Giuseppe De Vita e Gaetano Manfredi; Il procuratore del Re iniziò d'ufficio un procedimento penale contro tutti i medici che avevano partecipato all'operazione. La difesa ha sostenuto efficacemente le ragioni della scienza, dacchè l'intervento — forse il primo del genere — aveva intendimenti scientifici, oltre che curativi: voler imprigionare il fervore degli sperimentatori sarebbe contrario ai progressi del sapere; ha sostenuto inoltre che il donatore non ebbe a risentire danni (probabilmente si è prodotta ipertrofia compensatoria dell'altra glandola) e che il ricevente ottenne (almeno temporaneamente) il ripristino della funzione sessuale. Il Tribunale pronunziò sentenza di assoluzione piena. Questa venne confermata dalla Corte d'Appello. Ora la causa è giunta alla Suprema Corte di Cassazione, che la prenderà nuovamente in esame. La sentenza della Corte d'Appello è stata pubblicata integralmente nella Rivista « Il Diritto Pubblico Sanitario », fasc. 8, agosto 1932. Il delicato argomento, che si riconnette alla questione molto discussa della responsabilità penale nel caso di lesione del consenziente, è trattato ampiamente nella stessa rivista, fasc. 9, settembre 1932. Anche nel « Policlinico » (n. 38, 1932) era già stata pubblicata una nota di cronaca al riguardo.

La medicina quale promotrice di pace.

La « Nederlandsche Laatschappij tot verordering der Geneeskunde », la quale comprende la maggior parte dei medici dell'Olanda, ha tenuto una riunione in cui vari oratori hanno illustrato la tesi che la medicina tende, per propria natura, a promuovere la pace tra le Nazioni e hanno formulato delle proposte che valgano a mettere in attuazione queste tendenze. Notevoli i discorsi dei dottori Roorda, Burger, Posthuma. Venne fondata un'organizzazione dal titolo « Oorlogsprophylaxis », cioè profilassi della guerra, che ha manifestato la propria attività diramando una serie di opuscoli, in francese, inglese, tedesco, esperanto ed olandese, alle associazioni mediche di tutti i Paesi.

GUIDO TIZZONI

(1853-1932).

Il 4 novembre è ricorso il secondo trigesimo della morte di Guido Tizzoni. Egli è scomparso nel silenzio che si era fatto intorno alla sua persona. Da pochissimo tempo aveva lasciato definitivamente Bologna, che per cinquant'anni lo aveva ospitato e che Egli aveva onorato nel secolare studio. Solo quattro anni or sono aveva abbandonato l'insegnamento, per limiti di età, cedendo il posto al suo migliore allievo, il Centanni.

Una minima parte dell'opera scientifica di quell'insigne patologo è nota al pubblico medico. Le sue pubblicazioni ascendono a centinaia ed occupano cronologicamente un periodo che va dal 1875 al 1929. La sua laboriosità e produttività furono veramente sorprendenti, essendo sostenute da una ferrea resistenza fisica e da una eccezionale passione per la ricerca scientifica, che non lo abbandonò mai sino agli ultimissimi tempi della vita. Egli amava sopratutto gli studi sperimentali nel campo della fisiopatologia, batteriologia e immunità, ove lasciò le maggiori traccie del suo ingegno.

Laureatosi giovanissimo, fu allievo di Bizzozero e di Virchow e a 26 anni era già insegnante di anatomia patologica a Catania. Poco dopo vinse il concorso per la cattedra di patologia generale a Bologna, al quale avevano anche partecipato Foà e Luciani.

I suoi primi studi riguardarono la rigenerazione del rene, la fisiopatologia della milza, della tiroide e dei surreni, del gran simpatico, argomenti divenuti assai più tardi di attualità. Specialmente i lavori sulla milza ebbero generale riconoscimento e sono tuttora citati nei più moderni trattati di ematologia. I suoi primi studi batteriologici sono quelli sul colera. Ma l'opera sua veramente magistrale, e che lo rese anche popolare, è quella sul germe e sul veleno del tetano. Deve essergli riconosciuto il merito di essere riuscito a isolare questo batterio in coltura pura contemporaneamente e indipendentemente da Behring e Kitasato, ai quali si attribuisce quasi sempre l'esclusivo merito della cosa. Gli ulteriori studi sulle proprietà chimiche, fisiche e biologiche della tossina del tetano, sui modi di attenuarla per trasformarla in materia vaccinante, sulla tecnica da seguire nella vaccinazione degli animali, specie del cavallo, sulle proprietà del siero antitossico e la sua utilizzazione nella pratica medica, umana e veterinaria, a scopo preventivo e curativo, costituiscono nel loro insieme un'opera granitica cui rimane legato in modo imperituro il nome del Tizzoni e dei suoi collaboratori, prima fra i quali Giuseppina Cattani, imolese.

L'enorme estensione che ebbe durante la guerra la pratica della sieroprofilassi del tetano — principalmente per merito del Tizzoni, che fu ufficiale superiore addetto a questo servizio — ne dimostrò in modo incontestabile la grande utilità ed efficacia. Fu creato a Bologna dal Ministero della Guerra un piccolo laboratorio per la preparazione del siero antitetanico, che utilizza tuttora i ceppi tetanigeni isolati dal Tizzoni stes-

so oltre quarant'anni or sono, e che rende grandi servigi all'esercito.

Altri argomenti trattati dal Tizzoni furono: la sieroterapia delle infezioni pneumococciche, precorrendo in questo i più recenti e conclusivi studi di autori anglosassoni; la cura della rabbia col radio, che rimase però allo stato di tentativo; la etiologia della pellagra che, secondo il T., dovrebbe essere batterica più che avitaminosica, questione assai ardua e non ancora chiaramente risolta. Molti altri lavori isolati su argomenti che il caso gli presentava, completano l'opera vasta e multiforme di questo instancabile e geniale ricercatore.

Fu maestro efficace e severo, e gli studenti che uscivano dalla Facoltà Medica bolognese, ricordavano per tutta la vita gli insegnamenti fondamentali ricevuti in patologia generale.

Le uniche occupazioni che per alcuni anni lo distrassero dalla ricerca scientifica furono quelle politiche, essendo stato deputato per il collegio di Vicopisano per quattro legislature.

Nel dopoguerra vide sorgere con grande simpatia — e anche direttamente vi partecipò — il movimento politico che doveva condurre all'attuale regime.

Visse piuttosto isolato ed ebbe abitudini semplici, per quanto fornito di ricco censo. Appartenne a diverse e importanti Accademie scientifiche. Nella R. Accademia dei Lincei era il quarto in ordine d'anzianità.

G. VERNONI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Radiol. Med., giu. — Q. VISCHIO. Il trauma nella genesi dei tumori. — G. MARAGLIANO. Frequenza dell'infiltrato precoce. — G. BECCHINI. Antiperistalsi del colon.

Deut. Med. Woch., 17 giu. — Inchiesta sul valore della terapia ovarica. — BORCHARDT. La pinguedine ipofisaria. — FRIEDMANN. Trattam. dell'idrocefalo.

Wien. Klin. Woch., 17 giu. — FALTA. La pubertà. — LIEBESNY. La terapia con onde corte.

Medicina, giu. — LAGUNA. La sindrome pseudocruposa. — U. SARACHAGA. Pneumoconiosi da polveri vegetali.

Chinese Med. Journ., mag. — S. Y. SHEN. Rottura dell'utero prima dell'inizio del travaglio. — M. N. ANDREOS. Metodo semplice per colorire i protozoi delle feci.

Rev. españ. de tuberc., mag.-giu. — F. BLANCO e L. IOLA. Supposto antagonismo tra tbc. apicale e sub-apicale.

Morgagni, 12 giu. — ALTERI. Sindrome da angiomi vertebrali.

Rif. Med., 11 giu. — F. MOLFINO. Sindromi addisoniane da linfogranuloma mal.

Revue de Chir., mag. — VICTOR-PAUCHET. L'appendicostomia.

Journal Nerv. a. Ment. Dis., giu. — K. A. e W. C. MENNINGER. Epilessia e sifilide congenite. — I. J. SANDS. Poliomielite — G. VAN NESS DEARBORN. Analgesia generale pura congenita.

Presse Méd., 15 giu. — P. MAURIAC. Il pericolo delle spiegazioni sempliciste in biologia e in medicina.

Bull. Ac. de Méd., 7 giu. — C. LEVADITI e al. Morfologia del virus rabbico. — F. DUMAREST e H. MOLLARD. Come aumentare la tolleranza dei tubercolotici per i sali d'oro.

Gaz. d. Hôp., 15 giu. — L. MARCHAND. Semeiologia dell'ansietà e del dolore morale; loro trattamento.

Paris Méd., 18 giu. — Numero di chirurgia infantile e ortopedica.

Arch. It. di Chir., mag. — P. BUCALOSSI. Adenoma solitario congenito del fegato. — D. VIOLATO e G. VILLATA. Bacterium coli coltivato nel pancreas e pancreatite sperimentale acuta.

Med. Klinik, 17 giu. — Inchiesta sull'allergia quale causa di eczema. — H. SIHWARZ e H. DIBOLD. Trattam. dietetico dei malati della circolaz.

Münch. Med. Woch., 17 giu. — KISSKALT e MAHNKOPF. Le basi dell'omeopatia. — LICKINT. La lambliasi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 21 Novembre 1932 - XI Num. 47

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLIN. DELLE MALATTIE SUBTROPICALI E TROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

diretta dal Sen. Prof. ALDO CASTELLANI.

Contributo clinico alla conoscenza della metadissenteria

GIUSEPPE GIUNTA, assistente incaricato.

MARIO D'AMICO, assistente volontario.

In una numerosa serie di note che datano fin dal 1906 il Castellani ha richiamato l'attenzione sopra una particolare sindrome intestinale ad andamento acuto o cronico da lui denominata metadissenterica, e determinata dai bacilli così detti metadissenterici, ancora assai poco conosciuta, tanto che nella pratica professionale, dove si riscontra di frequente o non viene identificata o viene confusa con altre forme le quali possono avere con essa comunanza di alcuni sintomi.

Alle ricerche del Castellani si sono associati in questi ultimi anni numerosi studiosi, i quali, pur non aggiungendo molto a quanto il Castellani aveva verificato, hanno pertanto contribuito ad una migliore conoscenza della sindrome ed a confermarne la etiogenesi.

Così che oggi la sindrome metadissenterica è da considerarsi come un complesso morboso perfettamente definito nel suo insieme etiologico, sintomatico e terapeutico, e contribuisce all'illustrazione della patologia intestinale ancor oggi abbastanza oscura.

Questa sindrome morbosa riconosce come agente causale uno speciale gruppo di bacilli intestinali che per avere alcuni caratteri in comune con i bacilli dissenterici, furono dal Castellani chiamati metadissenterici.

Castellani e Chalmers nel 1918 nella classificazione dei germi intestinali, istituivano la Tribù delle Ebertheae raccogliendo in essa i « bacilli che crescono bene nei terreni comuni del laboratorio, asporigeni, anaerobi facoltativi, non producenti nè florescenza, nè pigmento, gramnegativi, non capsulati, non liquefacenti la gelatina ».

Tale tribù delle *Ebertheae* si divide in due sottotribù:

1) *Eberthoaerogeneae*: appartengono a questa sottotribù quei germi che producono gas nel glucosio o negli altri zuccheri.

2) *Eberthoanaerogenae*: appartengono a questa sottotribù quei germi che non producono gas nè in glucosio nè in altri terreni zuccherati.

Le *Eberthoanaerogenae* vengono suddivise dal Castellani in cinque generi differenziabili facilmente uno dall'altro per il loro comportamento nel lattosio, nel glucosio e nel latte oltre che per alcuni caratteri morfologici, come si rileva dal seguente specchio:

Genere	Lattosio	Glucosio	Latte	Osservazioni
Alkaligenes	0 o Alk	0 o Alk	0 o Alk	—
Vibriotrix	0 o Alk	0 o Alk	0 o Alk	spiccato polimorfismo bacilli, vibrioni, spirilli ecc.
Eberthella	0	A	0	Mobili
Shighella	0	A	0	Immobili
Castellanus	A	A	A Coag	—

0 = nessuna reazione   A = reazione acida
Alk = reazione alcalina   Coag = coagulazione

I germi dissenterici *sensu latu* appartengono ai generi Shighella e Castellanus. I due generi si differenziano tra loro per il fatto che il primo non acidifica il lattosio e non coagula il latte, proprietà queste che sono invece caratteristiche del secondo.

Al genere Shighella appartengono il germe della dissenteria vera o di Shiga-Kruse e quelli della paradissenteria (Flexner, Hiss-Russell ecc.) differenziabili l'uno dall'altro dal loro diverso comportamento nel glucosio, nel maltosio e nella mannite. Al genere Castellanus appartengono i bacilli della metadissenteria che sono caratterizzati dalla proprietà di acidificare oltre la mannite il glucosio ed il maltosio, anche il lattosio e di coagulare lentamente il latte senza mai produrre gas. I germi che vi appartengono sono sempre immobili, e notevole è il numero delle specie isolate.

I caratteri differenziali dei suddetti generi si rilevano facilmente dal seguente specchio:

Genere	Latte	Lattosio	Glucosio	Maltosio	Mannite
Shiga-Kruse	0	0	A	0 o Avs	0
Hiss-Russel	0	0	A	0	A
Flexner	0	0	A	A	A
Castellanus	A Coag	A	A	A	A

Avs = reazione acida lievissima.

Le principali specie dei bacilli metadissenterici sono le seguenti:

B. Ceylonensis A. (Castellani 1906-1907).
B. Ceylonensis B. (Castellani 1906-1907).
B. Metadisentericus. Varietà: A.B.C.D. (Castellani 1904-1905).
B. Madampensis (Castellani 1910-1911).
B. Gintottensis (Castellani 1910).
B. Pseudodisentericus E. (Kruse 1907).
B. Paradisentericus III (Sonne 1914).

Il *B. Pseudodisentericus E.* e il *Paradisentericus* di Sonne sono stati dimostrati identici al *B. Ceylonensis A* del Castellani da Cerruti di Torino.

La differenziazione tra tutte queste varie specie si fa basandosi sui loro caratteri biochimici, che talora però sono insufficienti; il criterio essenziale invece che deve essere messo a base è quello sierologico e cioè il comportamento di fronte ai sieri agglutinanti.

Di tutti i bacilli metadissenterici, quelli che hanno interesse clinico per la loro attitudine a dare disturbi intestinali sono i *B. Ceylonensis A* e *Ceylonensis B*, le varietà del *B. Metadisentericus* ed il *B. Madampensis.*

Distribuzione geografica. — La cosiddetta metadissenteria è una forma cosmopolita, comune ai Tropici e nelle zone sub-tropicali e temperate. È frequente in Italia dove ne sono stati descritti varii casi diagnosticati clinicamente e biologicamente (Iacono, Fragomele, Fichera). In Egitto da Peruzzi, in Spagna ed in altri paesi d'Europa è stata riscontrata da Castellani ed altri.

Sintomatologia. — La malattia può cominciare acutamente ed evolvere come tale per poi passare allo stato cronico; come pure l'inizio può passare inosservato dallo stato di benessere.

La forma acuta si inizia talvolta all'improvviso con diarrea bruna o giallastra nella quale si nota presenza di muco, talvolta in gran quantità e talora sangue. Le scariche possono essere numerosissime nelle 24 ore, fino a simulare un attacco di dissenteria vera; vi ha dolorabilità dell'addome, frequente la febbre e il vomito. Altre volte la diarrea può mancare e l'alvo resta ostinatamente stittico.

Può il quadro sintomatico essere meno allarmante limitandosi alla emissione di feci diarroiche, a sensibilità addominale, mentre possono mancare il vomito e la febbre.

L'attacco può durare pochi giorni, poi tutti i sintomi regrediscono; ma il paziente non si sente bene, rimane in lui uno stato di generale malessere, una sensazione di peso all'addome, una profonda astenia psichica e muscolare che lo rendono inquieto: la lingua è

impatinata e l'alito cattivo, mentre l'alvo si mantiene generalmente stittico. Alla palpazione l'addome è sensibile e specie nella regione del Sigma a volte nella regione appendicolare o in quella della cistifellea.

Tale stato dura vario tempo, quando un nuovo attacco sopravviene accompagnato dai soliti sintomi, senza una causa apparente, talvolta per un abuso dietetico o per il cambiamento del clima. Poi tutto ancora rientra nella norma.

Il male così procede per anni con alternative anche distanziate di relativa calma e di attacchi acuti che anemizzano il malato lo rendono nervoso, sfiduciato di sè e dei medici, incapace del proprio lavoro e di grave peso alla famiglia.

La forma cronica può seguire a quella acuta o iniziarsi primitivamente come tale. Il complesso sintomatico non presenta in questo caso differenza da quello di una amebiasi cronica con la quale la metadissenteria qualche volta si associa. L'individuo si lamente di cattiva digestione, di peso all'addome e le feci talora stitiche talora diarroiche sono fetide, ricche di muco e talvolta di sangue.

La dolorabilità dell'addome localizzata con particolare intensità nella fossa ileo-cecale o nella regione colecistica, accompagnata da vomito o febbre, può simulare da vicino un attacco d'appendicite o di colecistite tantochè non di rado il paziente è fatto operare. Ed è questa una evenienza grave sopratutto perchè il paziente non ne ricaverà alcun giovamento mentre potrebbe essere curato e potrebbe guarire con una semplice terapia medica.

Come vedesi la metadissenteria ha tendenza a cronicizzare, il malato come tale va avanti per anni con alternative di miglioramenti e peggioramenti ed i medici consultati, che non conoscono questa particolare forma, emettono diagnosi generica di colite, colite mucosa, infezione intestinale, nevrastenia addominale, appendicite cronica, colicistite cronica, ecc. ecc.; ma tutti i trattamenti indicati restano senza efficacia.

Di fronte a una simile sindrome addominale quando sia possibile escludere l'amebiasi e quando non vi siano motivi sufficienti in favore di altre malattie come la tubercolosi, la lues e il cancro, occorre sospettare la metadissenteria e procedere a tutte le prove utili a formulare una diagnosi di certezza. In fatti sia con la prova dell'agglutinazione da parte del siero del paziente verso i ceppi metadissenterici, che dovrebbero essere posseduti da tutti gli Istituti, sia con l'isolamento ove sia possibile del germe dalle feci, potremo porre una diagnosi certa e fornire l'indicazione per una terapia efficace.

La prognosi diversamente è cattiva, non per la vita ben inteso, se non si faccia una diagnosi corretta; e ciò perchè la metadissenteria non ha alcuna tendenza alla guarigione spontanea, sebbene vi possano essere ingannevoli periodi di relativo benessere dovuti alle remissioni così frequenti.

Un caso di metadissenteria occorso nella nostra clinica ed affidato al nostro studio ci è apparso molto istruttivo al riguardo, sì che abbiamo ritenuto opportuno pubblicarlo nella presente nota.

F. A., di anni 14, da Roma, nubile, non mestruata. Anamnesi famigliare negativa. Fino dalla prima infanzia non ha sofferto di alcuna malattia; le funzioni intestinali sono state sempre regolari.

Il 1° febbraio dello scorso anno una mattina la paziente si sveglia avvertendo vivo dolore al quadrante inferiore destro dell'addome, ha modica febbre (37,5) vomito, alvo chiuso. Il sanitario che la visita formula diagnosi di appendicite e la fa ricoverare in ospedale. Il chirurgo che la esamina mette in dubbio la natura appendicolare dell'attacco e pensa piuttosto si tratti di affezione epatica; la paziente non viene operata, e durante la degenza nel reparto la febbre continua, così il vomito, i dolori e l'alvo stittico.

La paziente per questo si fa dimettere dal reparto ospitaliero e si fa ricoverare in Clinica chirurgica col proposito di farsi operare; quivi entra il 13 di marzo. All'esame obbiettivo si trova: « Dolore alla palpazione profonda nel punto di Mac Burney dove si apprezza una tumefazione allungata di tre o quattro centimetri e di mezzo centimetro di diametro, liscia, dolente, e spostabile solo nei movimenti di lateralità, non pulsante ». Per il resto l'esame obbiettivo risulta negativo; solo dall'ingresso nella Clinica l'alvo si è fatto diarroico.

Dopo circa 5 giorni viene operata con diagnosi di: « appendicite pregressa ».

Reperto operatorio: « Appendice libera di aderenza, lievemente iperemica ». Decorso post-operatorio normale.

Dopo circa 12 giorni di convalescenza la paziente riferisce che i disturbi si erano ripresentati con dolori addominali, diarrea, vomito e febbre, mentre l'addome le sembrava fosse aumentato di volume. Presentatasi all'ambulatorio della Clinica chirurgica fu sospettata una peritonite specifica e le fu a varie riprese praticata puntura esplorativa senza esito di liquido. Per questo fu consigliata a tornare in ospedale dove le furono praticate cure di jodio, e circa 20 irradiazioni di raggi ultra-violetti all'addome, e le fecero prendere del carbone vegetale.

La paziente viene dimessa con sensibile miglioramento dei suoi disturbi e delle sue condizioni. Questo miglioramento è durato per qualche mese, fino ai primi di marzo del corrente anno, epoca in cui è stata colta dai soliti dolori addominali, con

febbre e vomito ed alvo stittico. Il 22 marzo entra in Clinica.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali scadenti. Nulla a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. L'addome si presenta globoso con una cicatrice operatoria lunga circa 14 centimetri, nel quadrante inferiore destro; è sensibile alla palpazione specie all'epigastrio, nella fosa iliocecale e nella regione del sigma.

Fegato e milza nei limiti.

Urine: esame chimico e microscopico negativi.

Feci: formate senza muco nè pus, assenti parassiti.

Reazione Wassermann negativa.

Cutireazione Von Pirquet lievemente positiva.

Pressione arteriosa all'oscillometro di La Boulitte: Mx 120, Mn 55.

Esame del sangue: globuli rossi 4.400.000; globuli bianchi: 4080; neutrofili 66; eosinofili 8; linfociti 15; monociti 2.

Peso chilogrammi 42.700.

La diagnosi clinica sospettata in base al quadro sintomatico ed al decorso fu quella di metadissenteria; deponevano per essa il succedersi dei periodi acuti accompagnati da vomito, febbre, e disturbi intestinali, ed i periodi di remissione senza mai giungere ad una vera guarigione.

Contro la diagnosi di appendicite stava il fatto del nessun beneficio seguito all'intervento. Ma la conferma più precisa ci venne dall'indagine sierologica. Saggiando infatti il siero della paziente sulla serie dei B. Metadissenterici in possosso dell'Istituto, si ebbe una netta agglutinazione per il B. Madampensis fino ad elevato titolo (1:640), mentre risultato negativo si ebbe per le prove eseguite sui B. Ceylonensis A e B e il Metadissentericus S.H.

La prova venne eseguita sia macroscopicamente sia microscopicamente coi medesimi risultati.

Non fu potuto eseguire un esame radiologico se non dopo qualche tempo e cioè quando la paziente cominciava a sentire benefici dalla cura.

L'indagine radiologica eseguita ai primi di giugno dopo due mesi dall'ingresso nella Clinica dava: nulla a carico dell'esofago e dello stomaco; il bulbo duodenale è apparso a soggetto in piedi scarsamente riempito, ma indolente alla pressione. Dopo prolungato decubito su fianco destro il bulbo duodenale si è riempito regolarmente, la sua forma è sempre apparsa triangolare ed indolente, normali le altre porzioni del duodeno. Non alterazioni apprezzabili delle anse del Digiuno e dell'Ileo. Il cieco appare riempito, dolente nel polo inferiore, poco spostabile; l'imbocco dell'ansa terminale dell'ileo avviene come di norma, però l'ultima ansa è dolente alla pressione. Il colon si presenta leggermente spastico, indolente però alla pressione.

L'indagine radiologica eseguita fa rilevare che la dolenzia nel polo inferiore del cieco, la poca spostabilità di esso sia probabilmente da attribuire all'intervento chirurgico subìto dalla paziente in questa regione. A ciò però si aggiungono lievi segni di colite spastica.

Ora un esame radiologico eseguito a termine della cura, ha dato risultato completamente negativo.

Terapia. — Dal punto di vista della terapia la nostra paziente fu all'ingresso tenuta a dieta lattea che gradualmente, migliorando le condizioni locali e generali, fu aumentata con l'aggiunta di minestrine, qualche uovo, pollo passato e crostini di pane.

A mitigare i dolori dapprima insistenti si fece uso di Belladonna e di applicazioni locali di Antiphlogistine.

Fu aiutata con olio di paraffina nei giorni di stipsi.

Fin dai primi giorni fu sottoposta a cura vaccinica con un vaccino preparato nell'Istituto con bacilli metadissenterici di 50.000.000 di germi per cmc. Il vaccino veniva iniettato sottocute partendo dalla dose di 1/4 di cmc. e con iniezioni ogni quattro giorni fino alla dose di cmc. 1,1/2. In totale le furono praticate 14 iniezioni.

Frattanto si poteva notare che le evacuazioni che erano state sempre irregolari sia per numero che per qualità con 4 o 5 scariche diarroiche giornaliere alternate a periodi di ostinata stipsi, si andavano regolarizzando fino a giungere ad una sola emissione nelle 24 ore di feci normali e normalmente costituite.

Unitamente alla regolarizzazione delle funzioni intestinali si ebbe la scomparsa graduale dei dolori con progressivo miglioramento delle condizioni generali.

Ai primi di luglio la paziente viene dimessa guarita.

Indagini biologiche. — A controprova della diagnosi clinica e sierologica abbiamo voluto procedere all'isolamento del germe dalle feci, spinti dal fatto che si trattava del B. Madampensis non ancora descritto in Italia come agente etiologico di sindromi metadissenteriche.

Sapendo d'altra parte quanto sia difficile isolare dalle feci i germi metadissenterici, ci siamo attenuti strettamente alle indicazioni impartiteci direttamente dal Castellani.

A tale uopo si è somministrato alla malata del solfato di magnesia e dalle feci si sono prelevati dei fiocchetti di muco che dopo ripetuti lavaggi in acqua peptonata si sono seminati in piastre di Petri al Mac-Conkey; il terreno più indicato per questo genere di ricerche. Su di esso infatti le colonie dei metadissenterici appaiono traslucide e dopo alcuni giorni di permanenza in termostato, diventano leggermente rosee (*pinkish* degli autori inglesi) a causa della lieve e lenta fermentazione del lattosio; ed è forse per tale colorazione che possono essere scambiate per colonie di B. Coli, e quindi trascurate (Castellani).

Le colonie tipiche prescelte vennero passate in agar semplice, in gelatina, siero, latte al tornasole ed in alcuni terreni zuccherati (lattosio, glucosio, mannite).

Il germe in esame presenta frattanto le seguenti caratteristiche: immobilità, gramnegatività, non fluidifica la gelatina nè il siero, acidifica il latte, il lattosio, il glucosio, la mannite senza formazione di gas, forma bacillare.

Assicurati da questi risultati di trovarci in presenza di un germe metadissenterico lo abbiamo seminato in tutti gli altri terreni zuccherati allo scopo di saggiarne le caratteristiche biochimiche e di individuarne la specie. Abbiamo messo così tubi del Durham coi vari terreni zuccherati in termostato facendo ad intervalli le letture dei risultati. Il germe che in attesa di identificazione abbiamo chiamato B. Fidelensis ha dato le seguenti reazioni che confrontiamo con quelle del B. Madampensis del Castellani.

I risultati sono esposti nel seguente specchio:

	LETTURE ESEGUITE			
	dopo 4 giorni	dopo 15 giorni	dopo 25 giorni	B. Madampensis
Motilita	O	O	O	O
Gram	O	O	O	O
Gelatina	O	O	O	O
Siero	O	O	O	O
Latte tornasole	A	A	A Coag	A Coag
La tosio	A	A	A	A
Glucosio	A	A	A	A
Levulosio	A	A	A	A
Maltosio	A	A	A	A
Galattosio	A	A	A	A
Mannite	As	As	A	A
Dulcite	O	O	O	O
Saccarosio	As	As	As	As
Insulina	O	O	O	O
Isodulcite	A	A	A	A
Inosite	O	O	O	O
Adonite	O	O	O	O
Arabinosio	A	A	A	A
Amigdalina	O	O	O	O
Salicina	O	O	O	O
Sorbite	Avs	Avs	Avs	Avs
Raffinosio	Avs	Avs	A	A
Eritrolo	O	O	O	O
Xilosio	Avs	Avs	A	A
Indolo				
Agar piombo	O	O	O	O

O = resultato negativo
A = acidità
Aso = acidità leggera
Avs = acidità leggerissima
A Coag = Acicità e coagulazione
Alk = Alcalinita

Com'è facile rilevare dal suesposto schema i risultati delle prove biochimiche e culturali sono esattamente sovrapponibili a quelli forniti dal B. Madampensis; si dovrebbe concludere per l'identità dei due germi.

Ma una prova di valore decisivo ci può essere data solo dai risultati serologici.

Per questo abbiamo saggiato il siero della paziente nei riguardi del B. Fidelensis ed abbiamo trovato che agglutinava detto germe a forte titolo, fino a 640, mentre vari sieri di soggetti normali non si dimostravano agglutinanti.

Allo scopo di avere un siero specifico abbiamo inoculato due conigli con dosi progressivamente crescenti di germi scaldati a 60' per un ora, rispettivamente con B. Fidelensis e con B. Madampensis; ed abbiamo saggiato la loro specificità che è risultata costante fino a titoli elevatissimi.

Abbiamo quindi istituito una serie di prove serologiche saggiando i vari stipiti metadissenterici posseduti dall'Istituto ed il germe da noi isolato con i sieri agglutinanti specifici ottenuti, con il siero della paziente e con sieri specifici agglutinanti per il B. Ceylonensis A e B. Ceylonensis B della nostra Clinica, ottenendo i seguenti risultati:

Sieri agglutinanti		SOSPENSIONE DEI GERMI			
		B. Ceylonensis A	B Ceylonensis B	B. Madampensis	B. Fidelensis
Ceylonensis A.	1:80	+	—	—	—
	1 160	+	—	—	—
	1:320	+	-	—	—
Ceylonensis B.	1:80	—	+	—	—
	1;160	—	+	—	—
	1:320	—	+	—	—
Madampensis	1.80	—	—	+	+
	1 160	—	—	+	+
	1 320	—	—	+	+
Fidelensis	1 80	—	—	+	+
	1:160	—	—	+	+
	1 320	—	—	+	+
Siero paziente	1:80	—	—	+	+
	1:160	—	—	+	+
	1:320	—	—	+	+

Dal resultato delle suesposte prove si deve concludere per la identità del *B. Fidelensis* con il *B. Madampensis* del Castellani.

Ciò non è privo di un certo interesse per il fatto che se la Metadissenteria è stata raramente diagnosticata in Italia, mai se si eccettuano dei casi non pubblicati del Castellani, si era potuta ascriverla al *B. Madampensis*.

Le prove di patogenicità che stiamo ora eseguendo utilizzando questo nuovo ceppo da noi isolato, testimoniano che esso non è un innocuo commensale del nostro intestino, ma che a lui si debba quella particolare sintomatologia addominale a carico dell'appendice o della cistifellea osservata nella nostra paziente.

La tenacia della infezione di fronte ai comuni agenti medicamentosi, il particolare quadro clinico a lungo decorso che induce nel paziente un notevole deperimento organico costituiscono un problema assai importante specialmente nella professione pratica.

La varia sintomatologia di questa entità morbosa, e la capacità di assumere l'aspetto di altre forme cliniche, tanto da trarre in inganno anche clinici provetti, dovrebbe consigliare almeno una maggior cautela negli interventi.

Riservandoci di pubblicare in una nota successiva i reperti istopatologici delle lesioni determinate negli animali con le inoculazioni del nostro germe, possiamo accennare fin d'ora, uniformemente ai reperti di Cerruti, Jacono ecc., che le lesioni anatomiche che si riscontrano quasi costantemente negli animali inoculati, interessano generalmente l'intestino tenue e particolarmente il duodeno sotto forma di una enterite emorragica. I fatti a carico del grosso intestino sono assolutamente trascurabili dal punto di vista anatomico, mentre frequente è colpita la cistifellea, il fegato e i reni. *Ciò spiegherebbe alcuni punti strani della sintomatologia che non possono essere messi facilmente in rapporto a fatti di vera colite.*

Nei casi di appendiciti o colecistiti atipiche, prima dell'intervento, quando il tempo lo consenta, e ciò vale specialmente per i così detti interventi a freddo, sarebbe saggia misura praticare una prova sierologica col siero del paziente sui vari ceppi metadissenterici che dovrebbero essere posseduti da ogni Istituto; tanto più che, se si tratta di espressione sintomatica d'infezione da metadissenterici, più di un qualsiasi intervento gioverebbe una cura dietetica e sintomatica associata ad un trattamento vaccinico specifico come nel caso illustrato.

RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono un caso di metadissenteria da *B. Madampensis* con sintomatologia appendicolare. Consigliano, quando sia possibile, prima di ogni intervento di procedere ad una prova sierologica con germi metadissenterici.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLANI. *Metadysentery. Remarks on a chronic type.* The Lancet, 24 agosto 1929, p. 370.

ID. *On a common type of chronic colitis which is seldom recognised.* The Practitioner, London.

ID. *Notes on the aetyology of certain cases of recurrent diarhoea & certain obscure forms of colitis due to bacteria of the metadysentery group.* Journal of Tropical Medecine a. Hygiene, 15 novembre 1927.

CERRUTI C. *Bacilli metadissenterici* (CASTELLANI) *e B. Coli anaerogenes* (LEMBKE). Annali di medicina navale e coloniale, a. XXXIV, vol. II.

DE MURO. *Alcune osservazioni sui bacilli metadissenterici del Castellani.* Annali d'Igiene, a. XLV, fasc. V, 1931.

FICHERA S. *Dissenteria da B. Ceylonensis.* Policlinico, Sez. Pratica, 1929.

JACONO. *Le coliti metadissenteriche.* Il Morgagni, 13, 1930.

PERUZZI. *Some cases of intestinal infection due to Castellani's Metadysentery Bacilli.* Journal of Tropical Medecine a. Hygiene, 2 novembre 1931.

PULLÈ. *Dissenteria e diarree nelle colonie.* Firenze, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
diretta dal Prof. L. ZOJA.

L'intradermoreazione nell'echinococcosi.

OSCAR CANTONI, assistente.

Nel numero del 1° aprile 1932 della Sezione Medica del « Policlinico », il dott. Longo ha riferito sopra alcune ricerche da lui eseguite nell'Ospedale coloniale di Tripoli, sotto la direzione del prof. Casoni. Allo scopo di controllare alcune osservazioni fatte da autori francesi (1), che tenderebbero a negare importanza diagnostica all'intradermoreazione del Casoni nei portatori di cisti da echinococco, il Longo ha praticata una serie di intradermoreazioni con liquido idatideo, con soluzione fisiologica e con brodo peptonato, in individui indenni e in portatori di cisti.

Dai risultati di tali prove appare bene dimostrato che la reazione del Casoni, specialmente nelle sue manifestazioni tardive, differenziandosi nettamente da quella provocata col brodo peptonato usato dagli AA. francesi, è strettamente specifica ed ha valore diagnostico decisivo.

A conforto di questa affermazione credo interessante portare il contributo di un caso clinico molto dimostrativo, caduto sotto la mia osservazione nell'autunno scorso e poi da me seguito nel suo decorso fino a questi giorni.

C. Cesare, di anni 54, da Milano, coniugato, con prole. Non fatti degni di rilievo nel gentilizio nè nell'anamnesi lontana. Non si è mai contagiato di malattie veneree. Ha molto abusato di vino e di liquori. Nè in casa nè per ragioni di lavoro ha avuto occasione di contatti con animali. Negli ultimi anni, nella sua qualità di conducente di autoveicoli a servizio di questo Comune, era addetto a trasporti di piante e di zolle erbose per i lavori di giardinaggio cittadino.

Ha goduto di ottima salute fino alla primavera del 1931, circa sei mesi prima del suo ingresso in questa Clinica. Cominciò allora ad avvertire modico gonfiore e sensazione di peso all'ipocondrio destro, con qualche dolore non bene circoscritto. Tale sintomatologia si accentuava dopo i pasti e nella stazione eretta, e non si modificava per azione di purganti, cui il p. faceva ricorso.

In un tempo successivo comparvero conati di vomito al mattino a digiuno e talvolta piccole epistassi; contemporaneamente la tumefazione dell'addome si fece più cospicua, estendendosi anche all'epigastrio; ciò che indusse il p. a consultare

(1) BURNET, CAILLON, BRUN. Arch. Inst. Pasteur de Tunis, n. 3, 1927.

un sanitario e, dietro suo consiglio, a farsi ricoverare in un reparto ospedaliero.

Ivi rimase degente tutto il mese di agosto, e gli venne riscontrato un fegato molto ingrandito, specialmente nel lobo destro, aumentato di consistenza, a superfice ineguale. Un esame radioscopico allora praticato mostrava l'arcata diaframmatica destra deformata. a cupola mediana; mobilità degli emidiaframmi molto ridotta; seni complementari quasi aboliti. L'ombra epatica appariva enormemente aumentata, anche a carico del lobo sinistro, e a contorni non regolari; il colon trasverso e l'angolo colico destro erano spinti molto in basso.

L'esame radiologico concludeva per una *epatomegalia probabilmente neoplastica;* e il p. venne dimesso dall'Ospedale con diagnosi di *carcinoma epatico.*

Durante tale degenza ospedaliera il paziente, che prima era alquanto deperito, riprese quasi tre chili di peso e notò un miglioramento subbiettivo molto evidente, che persistette anche dopo il suo ritorno a casa. Ripresentatisi poi i dolori, e avendo l'impressione di un ulteriore aumento di volume dell'addome, il p. chiese ricovero in questa Clinica, dove venne accolto il 21 settembre 1931.

Qui l'esame obbiettivo mostrava un soggetto con qualche nota di senilità precoce, in buone condizioni di nutrizione, di colorito roseo, con accenno di subittero alle sclere. Nulla di notevole al capo ed agli organi toracici, fuor che un innalzamento ed una ridotta mobilità delle basi polmonari. Addome deformato per prominenza della metà sopraombellicale, che presentava una globosità più cospicua nella regione epigastrica, che comprendeva anche le arcate costali, specie la destra. Nel suo complesso la tumefazione appariva regolarmente convessa, e al disotto di essa la metà sottoombellicale dell'addome era come avvallata e depressa.

Con la palpazione superficiale, che non risvegliava nè dolore nè difesa, la tumescenza si presentava a superfice liscia uniforme, di consistenza elastica. Il limite inferiore, difficilmente apprezzabile, sembrava arrotondato e regolare. I limiti di ottusità della massa arrivavano sull'emiclaveare destra in alto nel IV spazio intercostale, e in basso alla linea ombellicale trasversa; a sinistra essa incrociava l'arcata costale sotto la IX costa. La palpazione profonda risvegliava dolore sordo e diffuso. La milza col suo polo inferiore debordava appena dall'arcata costale.

Nelle urine, lieve velo di albumina; nelle feci, positiva la reazione del sangue; nel succo gastrico, deficenza di acido cloridrico; nel sangue: Hb. 84 %; gl. r. 4.045.000; gl. b. 7800; form. leuc. neutr. 68, eos. 2, mon. 5, leuc. 25. Urea nel siero 0,24 ‰. Reazione di Wassermann negativa. Non si potè fare un esame radiologico perchè il gabinetto della Clinica era in corso di trasformazione.

Nelle prime settimane di osservazione in Clinica il p. era di buon aspetto, riposava, appetiva, digeriva e non accusava alcun disturbo. La tumefazione addominale appariva stazionaria, e così pure il peso del paziente, che aveva mantenuto l'acquisto fatto nell'agosto.

Poichè la buona sanguificazione, le ottime condizioni generali del p. dopo oltre sei mesi di constatata comparsa del tumore, la ripresa di peso ed il miglioramento subbiettivo andavano allontanando l'idea che ci trovassimo effettivamente in presenza di un carcinoma epatico, si pensò alla possibilità di una cisti di echinococco, pure non essendoci dati anamnestici sospetti e mancando obbiettivamente la fluttuazione, il fremito idatideo e l'eosinofilia. Fu praticata pertanto l'intradermoreazione del Casoni, con 0,1 cc. di liquido idatideo I. S. M., ottenendo una reazione fortissima quasi immediata, con formazione entro mezz'ora di un grosso pomfo, del diametro di un paio di centimetri, circondato da un alone di eritema grande quanto il palmo di una mano. Dopo ventiquattr'ore la zona iniettata appariva ancora alquanto rilevata e succulenta.

Inviato in seguito un campione di sangue al Laboratorio di Sierologia per la prova di deviazione del complemento secondo Ghedini-Weinberg, questa risultò completamente negativa. Nel dubbio di avere avuta una reazione aspecifica fu ripetuta allora dopo qualche giorno la Casoni nel nostro malato, iniettandogli contemporaneamente in altra sede una identica quantità di soluzione fisiologica; in pari tempo venne praticata col medesimo liquido idatideo l'intradermoreazione in due individui immuni. Mentre negli ultimi non ci fu il più piccolo accenno di reazione, nel mio p. essa si ripresentò imponente come la prima volta; fu nulla invece nel punto d'introduzione della soluzione fisiologica; ed uno striscio di sangue preso un'ora dopo l'iniezione mostrò la presenza di quattro eosinofili per cento nella formula leucocitaria.

Sulla base di tali reperti il p. fu inviato alla Clinica chirurgica di questa Università, con diagnosi di *sospetta cisti da echinococco del fegato.*

Ivi il paziente, dopo un esame radiologico che diede risultati simili a quelli del precedente, venne operato il 27 ottobre. All'apertura dell'addome si trovò l'ala destra del fegato grande circa quanto un utero a termine, con la superfice anteriore convessa, a grande cupola, di aspetto e consistenza normali; la superfice inferiore invece appariva biancastra, globosa, liscia, protrudente nella cavità addominale, di consistenza tesa elastica. Il limite fra faccia anteriore e inferiore dell'organo era segnato dal suo margine, ridotto ad una sottile lingula parenchimale.

La faccia convessa del fegato venne fissata al peritoneo della breccia laparotomica, e poi con un lungo ago sottile, perforato il fegato, che appariva normale e spesso 3-4 cm., si arrivò in una cavità cistica, dalla quale venero estratti circa 100 cc. di liquido che presentava i caratteri del liquido idatideo. Dopo nove giorni dal primo intervento la cisti venne vuotata dal suo contenuto, che superava i tre litri, la parete venne incisa e marsupializzata per sutura alla breccia addominale, e se ne estrasse intera la membrana proligera, piena di cisti figlie.

Il decorso postoperatorio fu complicato da una polmonite, da suppurazione della cavità residuata dall'asportazione della cisti, e da un empiema destro.

Il paziente, uscito dalla Clinica chirurgica alla fine di febbraio con le ferite chiuse, e rimasto a casa un paio di mesi in condizioni soddisfacenti, dovette farsi nuovamente ricoverare in una sezione chirurgica ospedaliera al principio di maggio per una recidiva dell'empiema, e vi è tuttora degente. Ivi ho potuto rivederlo, e per rendermi

conto delle modificazioni umorali avvenute a distanza di tempo dall'ablazione della cisti, ho voluto rifargli la Casoni. Questa, eseguita il 22 luglio, otto mesi dopo l'intervento, non diede che un fugace e modestissimo eritema locale, così da poterla considerare come assolutamente negativa. Un esame di sangue fatto lo stesso giorno mostrò la presenza di 13.840 gl. b., con 72 neutr.; 2 eos.; 1 bas.; 5 mon. 20 leuc.

Mi sono un po' diffuso nella descrizione di questo caso, perchè mi sembra veramente istruttivo. Una cisti da echinococco, ben delimitata e guaribile chirurgicamente, era stata diagnosticata clinicamente e radiologicamente come carcinoma epatico inoperabile. Mancavano la fluttuazione, il fremito, l'eosinofilia; negativa la Ghedini-Weinberg. La Casoni soltanto, con un risultato netto e inequivocabile ci ha permesso di fare una diagnosi corretta e di mandare tempestivamente il malato al tavolo operatorio; ed ora, fattasi negativa, ci dà affidamento che l'asportazione chirurgica sia stata radicale e non riservi tardive sorprese.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di cisti da echinococco del fegato, nel quale un'errata diagnosi di carcinoma epatico potè essere rettificata in base al risultato positivo della reazione del Casoni.

NOTE E CONTRIBUTI.

Le iniezioni intravescicali di glicerina nella ritenzione completa d'urina da atonia vescicale riflessa.

CARMELO MALTESE LE-ROY, chirurgo-urologo.

È a tutti noto che in seguito ad interventi chirurgici i più disparati, ma sopratutto interessanti la regione anale (emorroidi, fistole, ecc.) e la sfera genitale della donna, nel puerperio, nel corso di malattie infettive acute, si ha ritenzione completa d'urina. Ciò si osserva sopratutto in individui nervosi.

Questa ritenzione è dovuta all'atonia del detrusore ed è sempre d'origine nervosa (riflessa); la tossiemia, tuttavia, in caso di malattia infettiva acuta, forse non è estranea nella sua produzione.

In generale questi ammalati vengono regolarmente sondati. Raramente dopo alcuni sondaggi la ritenzione cessa ed il paziente vede riapparire la minzione. La maggior parte delle volte però la ritenzione persiste tenace per tutto il periodo della convalescenza ed anche oltre. Alle sofferenze, alle noie inerenti alla malattia si aggiungono quelle del cateterismo: il morale degli ammalati è molto depresso per l'impossibilità di urinare spontaneamente e le cistiti consecutive sono molto frequenti.

Per ripristinare la minzione spontanea in tali casi abbiamo a disposizione un mezzo veramente eccellente: la glicerina boricata per iniezioni intravescicali.

Applicato da Marion fin dal 1913 questo metodo non ha avuto la diffusione che merita: molto spesso ho avuto l'occasione di curare delle cistiti di una certa intensità in malati i quali, in seguito ad un intervento chirurgico, erano stati colpiti da ritenzione vescicale e sondati per parecchio tempo.

Chauvin in una sua comunicazione alla seduta della Società Francese d'Urologia del 16 giugno 1930 riportava l'osservazione di una malata la quale, operata d'isterectomia per fibroma, in seguito ad un'iniezione intravescicale di 20 cmc. di glicerina boricata per combattere una ritenzione postoperatoria riflessa, aveva avuto una reazione vescicale molto violenta con espulsione di lembi della mucosa sfacelata. Residuata una cistalgia grave con pollachiuria intensa, l'A. dovette ricorrere alla resezione del plesso nervoso presacrale per guarire la sua paziente.

Michon e Bouvier, osservavano delle ematurie in seguito ad iniezioni intravescicali di glicerina.

Butureau scriveva che « ogni volta che esiste un certo grado di alterazione della mucosa vescicale, l'instillazione di glicerina è seguita da cistalgia ».

Secondo questi AA., dunque, l'iniezione intravescicale di glicerina per le gravi conseguenze che provoca, si deve abbandonare.

Ciò non corrisponde alla realtà. Che i sudetti AA. abbiano avuto degli inconvenienti in seguito alle instillazioni di glicerina non c'è alcun dubbio. Ma questi sono dovuti ad un errore di tecnica.

Qualsiasi metodo per essere efficace ed innocuo nello stesso tempo, richiede che venga applicato razionalmente e con una tecnica molto scrupolosa; altrimenti si resta delusi e si abbandona un mezzo terapeutico prezioso.

Durante il mio assistentato negli ospedali di Parigi nei Reparti dei miei Maestri Duval e Marion, vedevo praticare e praticavo io stesso delle iniezioni intravescicali di glicerina per atonia vescicale postoperatoria.

Confesso che il metodo è stato sempre efficace e che non si è mai avuto a deplorare il minimo incidente.

Ricordo il caso di un allievo di Marion, il quale operato al « Lariboisière » per varici della gamba sinistra, si trovò nell'impossibilità di urinare: una sola instillazione vescicale di glicerina bastò per ripristinare la minzione spontanea.

Durante l'esercizio professionale, ho avuto l'occasione di osservare parecchi casi di atonia vescicale d'origine nervosa: le istillazioni di glicerina sono state sempre efficaci senza il minimo inconveniente.

Il caso seguente mi sembra istruttivo.

Nell'agosto del 1930 sono chiamato dal collega Andreani perchè un suo cliente, comm. C., in cura anche del maestro Cesare Frugoni, colpito 20 giorni prima da tifo è nell'impossibilità d'urinare fin dall'inizio della malattia e viene sondato regolarmente 2 volte al giorno.

Quella mattina la sonda non passa e si chiama l'urologo.

Trattasi di un malato d'intelligenza superiore, molto impressionabile il quale si preoccupa sopratutto dello stato della sua vescica e delle complicazioni inerenti al sondaggio continuo. Alcuni anni prima a Napoli in seguito all'operazione di emorroidi, colpito da ritenzione completa, era stato sondato da uno dei più distinti urologi della città per tutto il decorso post-operatorio.

Dopo un esame accurato, avendo tutti gli elementi per la diagnosi di atonia vescicale d'origine nervosa, pratico alle ore otto del mattino seguente un'iniezione di 20 cmc. di glicerina neutra boricata al 20 per cento in vescica vuota. Il paziente avverte dei premiti vescicali e circa tre ore dopo vuota spontaneamente la vescica presenti l'infermiera e la sorella (non era mai stato capace in vita sua di urinare in presenza di un'altra persona). Il malato, alcuni giorni dopo trascorso il 4° settenario in piena convalescenza ha una recidiva ed è costretto di rimanere a letto altri 50 giorni; orbene la minzione si mantenne *sempre* normale dal giorno in cui praticai l'instillazione di glicerina con grandissima soddisfazione del paziente.

Gli accidenti riferiti dai diversi AA. sono da attribuirsi alla cattiva qualità del prodotto adoperato. Non sempre la glicerina che trovasi in commercio è pura; talvolta contiene una grande quantità di sostanze molto irritanti: acroleina, acido solforico, ecc. Si comprende quindi la reazione della mucosa vescicale in contatto con queste sostanze.

Ogni volta quindi che si prescrive la glicerina per instillazioni vescicali, *bisogna specificare* che si vuole *glicerina neutra*. La si adopera boricata in soluzione *sterile* al 20 per cento. Se questa dovesse mostrarsi inefficace si ricorre alla soluzione al 30 p. cento.

Se ne iniettano da 20 a 30 cmc. a *vescica vuota* e non a vescica piena come vorrebbero alcuni poichè la glicerina, diluendosi troppo, sarebbe inefficace.

L'iniezione produce dei premiti vescicali intensi, ciò non deve preoccupare poichè è necessario che la glicerina, per essere efficace, provochi una certa reazione vescicale.

Praticate con le regole suesposte, le instillazioni di glicerina boricata non provocano mai la minima infiammazione vescicale ed i pazienti riacquistano *sempre* e *subito* la possibilità di urinare.

Evidentemente l'uso della glicerina è limitato ai casi di ritenzione per atonia vescicale riflessa (postoperatoria e postpuerperale sono le forme più tipiche).

Sarebbe un controsenso volerle applicare nei casi in cui esiste una lesione organica del sistema nervoso od un ostacolo alla minzione.

Concludendo:

1) La glicerina è un mezzo prezioso per combattere la ritenzione completa per atonia vescicale d'origine nervosa.

2) Bisogna adoperare *glicerina neutra* boricata in soluzione al 20 od al 30 per cento ed iniettarla a *vescica vuota.*

3) Essa si dimostra di un'efficacia sicura e costante e non dà mai esito ad alcun fatto infiammatorio della mucosa vescicale.

4) I casi descritti da alcuni Autori di cistiti gangrenose con cistalgie gravi consecutive in seguito all'uso della glicerina sono da attribuire all'impurità del prodotto adoperato.

Padova, 29 luglio 1932-X.

RIASSUNTO.

L'A. fa rilevare l'efficacia delle instillazioni intravescicali di glicerina per la cura della ritenzione vescicale d'origine nervosa (riflessa). Ne descrive la tecnica insistendo sul fatto che bisogna iniettare glicerina *neutra* a vescica *vuota* (20-30 cmc. di glicerina boricata al 20-30 %).

Gli accidenti riferiti da alcuni AA. sono da spiegarsi con l'impurità della glicerina adoperata. Cita un caso personale di diagnosi delicata in cui una sola iniezione intravescicale di glicerina boricata ebbe ragione di una ritenzione tenace che non si ripresentò durante il decorso ulteriore della malattia (circa due mesi).

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Le modificazioni della funzione polmonare nell'enfisema, bronchite ed asma bronchiale.

(O. BRUNS e R. HERBST. *Münch. Med. Woch.*, n. 35, 26 agosto 1932).

Il segno più netto e più frequente di un'alterazione della funzione respiratoria è la dispnea. Ma l'intensità di questa, e le modalità della sua comparsa sono tanto variabili, che è giustificata la ricerca della sua patogenesi nelle diverse affezioni dell'albero respiratorio.

Bisogna intanto premettere che l'attività respiratoria dei polmoni appartiene alla funzione corporea più nettamente ed esattamente regolata.

Col progredire degli studi, infatti, si è andato stabilendo su basi scientifiche precise, tutto ciò che riguarda il centro della respirazione, il volume respiratorio per minuto, la frequenza degli atti, il quoziente di utilizzazione dell'ossigeno introdotto e quello di ventilazione calorica, gli equivalenti respiratorii e così via.

Ora, in condizioni patologiche si possono produrre le alterazioni più svariate in qualunque punto del complicato meccanismo respiratorio.

È l'enfisema che influisce sulla respirazione nella maniera più molteplice. La diminuzione della superficie respirante, dovuta alla dilatazione ed alla fusione degli alveoli, provoca scarsa difficoltà nel ricambio gassoso durante il riposo, ma l'obliterazione e la rarefazione dei capillari sanguigni genera un ostacolo alla circolazione polmonare non appena si compie del lavoro. La dilatazione della gabbia toracica fa poi modificare le escursioni respiratorie e la ripartizione regolare dell'aria nei polmoni.

L'aria residua resta inoltre aumentata e quella di riserva diminuita, ma la somma di ambedue, e cioè la capacità media, risulta maggiore che nel sano. Per la diminuzione dell'aria di riserva e di quella complementare, si ha tuttavia una diminuzione anche della capacità vitale, fino al 40:100 della norma.

Per la dilatazione della gabbia toracica e la conseguente modificazione del respiro i muscoli respiratorii divengono ipertrofici, ma la forza espiratoria è scarsa per la perduta elasticità dei polmoni.

Le ricerche toracografiche, pneumatografiche e motacografiche mettono in evidenza il prolungarsi dell'espirazione, il quale comportamento non è quindi esclusivo dell'asma bronchiale, verificandosi in tutti i casi di dispnea in cui la forza espiratoria fa difetto; sia per la ristrettezza dei bronchi, sia per la perdita di elasticità.

Come conseguenza di tali alterazioni funzionali nell'enfisema, si ha finalmente un innalzamento del volume respiratorio per minuto, anche nel riposo, nonchè un innalzamento dell'equivalente di respirazione.

Nell'asma bronchiale la causa dell'alterata funzione è nell'aumentato ostacolo respiratorio, il quale a poco a poco provoca una dilatazione dei polmoni che, unita a quella del torace ed all'abbassamento del diaframma, finisce per generare le stesse modificazioni dell'enfisema.

Il volume respiratorio per minuto è aumentato anche nel riposo, e così pure l'equivalente.

Nelle bronchiti, invece, i danni non sono così gravi come nelle forme morbose precedenti, e sono in rapporto sia alla stenosi dei bronchi per rigonfiamento della mucosa, sia alla esclusione di territori più o meno vasti, per gli zaffi di catarro. Nelle forme più gravi, tuttavia, si può giungere a modificazioni analoghe alle precedenti.

In ogni caso, però, è necessario, secondo l'esperienza degli AA., studiare la funzione respiratoria non durante il riposo, bensì in rapporto all'influsso esplicato dal lavoro corporeo. Solo in tal modo è possibile porre in evidenza le svariate alterazioni funzionali suddescritte.

Le varie determinazioni, tuttavia, presentano spesso delle difficoltà notevoli, a causa del diverso modo di comportarsi dei singoli soggetti, per cui gli AA. hanno proceduto ad esperimenti-campione nei sani, mettendoli in condizioni di respirare alla stessa guisa dei malati, con l'applicazione di speciali cingoli toracici, e di maschere anti-gaz.

Le ricerche in tal modo condotte, sotto l'influsso di forte lavoro corporeo, hanno dimostrato come sia allora impossibile sopportare simile lavoro troppo a lungo, per l'insorgere dei segni di estrema mancanza di aria, dovuti al fattore meccanico, e non al diminuito apporto di ossigeno.

Dal punto di vista terapeutico, quindi, è stata studiata l'azione che può esplicare un disciplinamento della respirazione sugli scambi gassosi, e si è visto che, in realtà, tale artifizio è capace di rendere più a lungo sostenibile un lavoro faticoso, al contrario di quanto avviene nella respirazione per vie stenotiche indisciplinata, nella quale subentrano alterazioni circolatorie, essenzialmente per i fatti di stenosi venosa insorgenti, che rendono insufficiente lo scarico dei prodotti di rifiuto del ricambio cellulare.

In secondo tempo, poi, l'accumulo di tali rifiuti intossica i centri nervosi, specie quelli respiratorii, aumentando le difficoltà create dalla

stenosi. Per l'appunto, il disciplinamento della respirazione, riesce ad interrompere tale circolo vizioso.

Tra tutti i metodi preconizzati a questo scopo, hanno corrisposto nel modo migliore agli AA. quelli su base meccanica, e, tra gli altri, l'apparecchio a depressione ideato da Bruns, purchè l'applicazione venga fatta a lungo e metodicamente.

È naturale però che, nel caso dell'asma, si otterranno effetti benefici solo nelle forme di media gravezza, ed anche nello stato asmatico, poichè, nelle forme gravi, nelle quali la intera muscolatura respiratoria è sotto tenzione crampiforme, anche la migliore tecnica naufragherà. M. FABERI.

Sul collasso massiccio acuto del polmone.

(A. CERNIGLIA. *Archivio di Pat. e Clin. Med.*, agosto 1932).

L'A., dopo aver descritto un caso di collasso massiccio del polmone, osservato nell'ospedale militare di Palermo, traccia un quadro clinico di questo particolare stato dell'apparecchio respiratorio.

Il collasso massiccio acuto del polmone è una condizione in cui uno o più lobi o parte di un lobo polmonare, prima ben aerificati, improvvisamente perdono il loro contenuto d'aria e si collassano.

Esistono vari tipi di collasso massiccio acuto del polmone: il tipo post-operativo, il tipo post-traumatico ed il tipo associato a qualche affezione medica. Sono stati così descritti casi consecutivi ad interventi chirurgici addominali o erniotomie e verificatisi in soggetti affetti da bronchiti; casi consecutivi a ferite sia penetranti che superficiali; casi osservati nella tubercolosi, nella bronchite difterica, nella polmonite, nel neoplasma polmonare, ecc.

Anatomia patologica. Il collasso massiccio del polmone è una malattia raramente mortale e quindi scarse sono le osservazioni anatomo-patologiche. Con maggiore frequenza si riscontra colpito un solo lobo e per lo più l'inferiore; nel collasso post-operatorio è generalmente interessato il polmone destro, mentre nel collasso post-traumatico si presenta più frequentemente leso il sinistro.

La parte del polmone atelettasico si presenta diminuita di volume e se è interessata la superficie dell'organo si presenta rientrante rispetto alle parti contigue. È di colorito violaceo o ardesiaco, di consistenza carnea, non crepita alla pressione, la si sente pesante e quando è messa in acqua affonda. I vasi sanguigni sono in uno stato di notevole replezione.

In nessuna delle osservazioni sono state riscontrate evidenti cause di ostruzione bronchiale nè alterazioni pleuriche o lesioni polmonari che avessero potuto impedire l'accesso dell'aria nei polmoni.

L'immagine istologica del polmone collassato sembra corrispondere a quella di una lesione infiammatoria a sede endo- e peri-bronchiale, catarrale, in prevalenza limitata alle ultime diramazioni delle vie respiratorie e associata a fatti di alveolite regionale e di atelettasia generale, senza evidente partecipazione dello stroma interstiziale.

Sintomatologia. Il collasso massiccio in genere ha inizio improvviso; nei casi post-traumatici e post-operatori di solito si manifesta nelle prime ventiquattro o quarantotto ore consecutive alla lesione o all'atto operativo; in alcuni casi però l'intervallo è stato maggiore. La malattia colpisce in genere i soggetti giovani.

La sindrome del collasso è talvolta così lieve da passare inosservata; mentre altre volte si presenta così grave da far dubitare della guarigione dell'ammalato.

Nella forma acuta l'infermità si presenta con febbre, dolore più o meno intenso localizzato o diffuso a tutto l'emitorace, senso di costrizione toracica, cianosi, tachicardia, dispnea, tosse stizzosa secca o con escreato più o meno abbondante. La febbre, che si osserva nel maggior numero di casi post-operativi, precede spesso l'inizio della sindrome; talvolta elevata può essere modica o lieve; può persistere fino alla risoluzione del processo e scomparire gradatamente; nei casi post-traumatici è eccezionale mentre la si riscontra sempre nei casi associati ad affezioni acute polmonari. La febbre viene messa in dipendenza di fattori tossi-infettivi o di disordini circolatori in analogia alla febbre che si riscontra nell'infarto polmonare.

L'escreato, sempre abbondante nella fase di risoluzione, è talolta muco-purulento, talvolta acquoso e scarso o emorragico.

In genere in corrispondenza del focolaio si osserva diminuzione delle escursioni respiratorie dell'emitorace interessato, immobilità ed innalzamento dell'emidiaframma corrispondente con conseguente minore sollevamento inspiratorio dell'addome, fremito vocale tattile talvolta diminuito talvolta abolito talvolta rinforzato, suono plessimetrico ottuso più che non si rilevi nei focolai pneumonitici, iperfonesi per enfisema vicario del rimanente ambito polmonare, talvolta silenzio respiratorio, tal'altra respiro bronchiale. Generalmente il rinforzo del fremito coesiste col soffio bronchiale, mentre la diminuzione di esso si associa ad indebolimento del respiro.

Le spiegazioni date a tale variabilità dei fenomeni fisici non sono ancora soddisfacenti.

Generalmente nel fococaio atelettasico all'inizio mancano i rantoli, mentre essi possono comparire e numerosi quando ricomincia l'aereazione del polmone. Se il collasso è complicato a bronchite, polmonite e pleurite i ran-

toli sono presenti e possono anche osservarsi sfregamenti e crepitii pleurici.

Un reperto di grande importanza per la diagnosi è lo spostamento del cuore e degli altri organi del mediastino verso il lato ammalato, spostamento talvolta notevole, mentre talora può essere apprezzato solo all'esame radiologico.

L'esame radiologico dimostra: opacità polmonare di estensione ed entità proporzionale all'entità del processo; spostamento degli organi mediastinici verso il polmone collassato; innalzamento e fissazione del diaframma dal lato affetto; poca visibilità della linea diaframmatica; restringimento della cavità toracica e degli spazi intercostali dal lato ammalato; nella fase di risoluzione col ripristino anche parziale della mobilità della parete toracica, ricomparsa dei movimenti a pendolo del cuore durante gli atti inspiratori, rischiaramento del polmone e scomparsa dello spostamento degli organi mediastinici.

Decorso e complicanze. Indipendentemente dal tipo la durata del collasso massiccio è di solito da una a tre settimane. Il processo può cessare rapidamente per l'improvviso ristabilimento della funzione respiratoria ma può richiedere parecchie settimane per scomparire avvenendo l'aereazione a piccole tappe. Nella fase risolutiva si ha spesso aumento della tosse con espettorazione mucosa e con comparsa di rantoli.

Come complicazioni del collasso sono stati riscontrati piccoli focolai bronco-polmonari, enfisema marginale, bronchite, pleurite.

Diagnosi. Presenta notevoli difficoltà specie nei casi nei quali la condizione morbosa trovasi associata ad altre affezioni polmonari. L'infermità, se non rara, è tutt'ora poco nota e pertanto difficilmente viene sospettata. Inoltre essendo il reperto fisico polmonare poco caratteristico, la sindrome viene facilmente attribuita ad altre malattie polmonari più comuni e più frequenti.

In base al reperto fisico l'infermità può essere soltanto sospettata. Per la diagnosi hanno sopratutto importanza alcuni segni indiretti e cioè lo spostamento del cuore e del mediastino verso il lato leso, l'innalzamento e la fissità del diaframma ed il variabile aspetto del polmone durante il decorso della malattia.

Radiologicamente è caratteristico del collasso massiccio il continuo e rapido mutamento del radiogramma.

Patogenesi. Rimane ancora molto oscura. Sono state avanzate varie ipotesi, di cui alcune interpretano la genesi del collasso col meccanismo dell'atelettasia da assorbimento, considerandolo come un processo passivo, altre con il meccanismo dell'atelettasia da retrazione elastica polmonare ritenendolo un processo attivo invocando la concorrenza di vari fattori: mancanza della forza respiratoria, ostruzione meccanica o funzionale dei bronchi, inibizione o arresto dei movimenti respiratori ed ostruzione meccanica dei bronchi, retrazione elastica polmonare, squilibrio sulla funzione del sistema vago-simpatico polmonare.

La molteplicità delle ipotesi avanzate fa ritenere che vari siano i fattori che intervengono nella produzione del collasso.

Cura. I mezzi preventivi, che hanno lo scopo di provocare una iperventilazione polmonare onde impedire la limitazione dei movimenti respiratori e l'ostruzione bronchiale, consistono in opportune posizioni da dare agli infermi prima e dopo interventi operatori o nel decorso di affezioni morbose capaci di produrre il collasso.

Quali mezzi curativi vengono adoperate o delle pratiche semplici capaci di rendere libero il respiro, come ad esempio: l'asportazione del bendaggio ed il mutamento del decubito (secondo Sante passaggio dal decubito supino sul fianco opposto a quello leso) ovvero da disostruzione dei bronchi a mezzo del broncoscopio. C. TOSCANO.

Uno studio clinico e anatomico delle bronchiettasie.

(H. H. MOLL. *The Quarterly Journ. of Medec.*, luglio 1932).

Da quando si fanno le iniezioni di lipiodol nell'albero bronchiale, la bronchiettasia è considerata malattia più frequente di quel che si pensava prima. Questo si comprende se si pensa che solo le bronchiettasie molto gravi possono facilmente essere riconosciute all'autopsia, mentre le lievi o non si riconoscono sul cadavere o non dànno luogo ad autopsia. Negli ultimi 20 anni, all'Infermeria Generale di Leeds, sono stati visti solo 55 casi di bronchiettasia su 12.225 autopsie.

La bronchiettasia, secondo Ochsner, è malattia anche più frequente della tubercolosi polmonare.

I segni fisici della bronchiettasia sono poco sicuri, tanto che il più delle volte si fa diagnosi di tubercolosi o di bronchite cronica. Su 72 casi di bronchiettasia Hartemy ha veduto che la diagnosi esatta si era potuta fare coi raggi X solo in 20 casi.

L'A. ha compiuto questo studio su 55 osservazioni anatomiche e 37 cliniche.

I vari tipi di bronchiettasie sono: il tubolare o cilindrico, il fusiforme o a dito di guanto, il lobulare o sacculare, e il moniliforme. Ci sono poi forme intermedie fra le tubulari e le sacculari.

La forma cilindrica è spesso accompagnata da pleurite adesiva ed enfisema, tende ad essere bilaterale, e colpisce più i lobi inferiori che i superiori.

La fusiforme tende ad aumentare progressivamente di volume, verso l'estremità terminale, si ha spesso nel polmone collassato ed è il tipo della bronchiettasia atelettasica.

La forma sacculare è quella che presenta l'estremo grado di dilatazione bronchiale e dà l'aspetto di un grappolo d'uva o di un nido d'api. Questa forma può localizzarsi al solo lobo superiore e simulare una caverna tubercolare.

La moniliforme si osserva lungo il decorso dei bronchi, che, a parte queste piccole dilatazioni disseminate qua e là, presentano i tipi più frequenti di bronchiettasie.

Ci sono due tipi di bronchiettasie che sono stati meglio conosciuti da quando si fa la broncografia: il tipo atelettasico e quello secco (non suppurativo) emorragico. Il primo è caratterizzato dalla presenza di bronchiettasie poste in un'ombra triangolare vicino al mediastino e alla base del polmone e che è una zona atelettasica.

Per la *sede* la bronchiettasia è spesso all'inizio una malattia unilaterale, che poi può diventare bilaterale, e colpisce più frequentemente la base.

Per la *patogenesi* possono essere causa di bronchiettasia la stenosi congenita e cicatriziale, la pressione da tumore, da aneurisma e da corpi estranei. In tutti i casi di ostruzione bronchiale parziale si ha bronchiettasia nella porzione più distale.

C'è anche una bronchiettasia congenita, che dipende per Kauffmann da arresto di sviluppo, per Grawitz da una raccolta di liquido nei bronchioli fetali, per Stoerck da edema fetale, per Balzer e Grandhomme da sifilide intrauterina e per Sauerbruch da sovraccarico meccanico del bronco principale sinistro durante lo sviluppo. Secondo altri si tratterebbe solo di una debolezza congenita della parete bronchiale.

Sui fattori meccanici delle bronchiettasie si è scritto molto; i più attribuiscono il massimo valore all'espirazione violenta e forzata dei colpi di tosse, ma alcuni l'attribuiscono invece all'inspirazione che precede i colpi di tosse.

La trazione meccanica da aderenze ha certo parte notevole. Ma c'è chi sostiene che al fattore meccanico deve unirsi un processo infiammatorio che diminuisce la resistenza della parete bronchiale. La parete bronchiale certamente è alterata, specialmente nelle forme più avanzate di bronchiettasia in cui si può avere anche distruzione dello strato muscolare e delle fibre elastiche come pure delle ghiandole e anche della cartilagine.

Osservazioni fatte con radiogrammi in serie dopo iniezione di lipiodol hanno dimostrato che ci sono dei fenomeni motori dell'albero tracheobronchiale e questi fatti motori sono stati osservati anche col broncoscopio. Questi movimenti (che sono di allargamento e allungamento nella inspirazione) mancano nella bronchiettasia. È probabile che all'inizio della malattia i bronchi perdano la loro contrattilità e rimangano in stato di dilatazione paralitica.

Nella maggioranza dei casi al fattore meccanico precede quello infettivo (polmonite, broncopolmonite, pleurite, pertosse, influenza, morbillo, sinusiti).

La bronchiettasia è malattia dei giovani e nel 50% dei casi è presente nei primi 5 anni di vita. Esssa è nel 14,5% dei casi causa diretta o indiretta della morte del paziente, specialmente nei primi 5 anni di vita e raramente 1/3 dei pazienti raggiungono i 40 anni.

R. LUSENA.

ORGANI DIGERENTI.

Stenosi duodenali estrinseche.

(U. BANI. *Rivista Ospedaliera*, aprile 1932).

Le stenosi estrinseche del duodeno ripetono la loro origine da tre principali cause: la pericolecistite, la periduodenite così detta essenziale e la compressione del peduncolo mesenterico.

La prima causa, certo più frequente, può stenosare il duodeno in tutte le sue porzioni, ma con maggiore frequenza la prima dando delle sindromi che sia clinicamente sia radiologicamente è difficile distinguere se date per interessamento del piloro o del duodeno propriamente detto. Inoltre delle tre cause già menzionate è la sola che dia stenosi duodenali vere, nel senso che la parete duodenale partecipi al processo stenosante.

La periduodenite essenziale dà stenosi in tutte le porzioni e per lo più o per compressione o per inginocchiamento.

Le stenosi da peduncolo arterio-mesenteriale, sono dell'ultima porzione del duodeno ed anche per queste il meccanismo di produzione è o l'inginocchiamento o la compressione.

Stenosi duodenali da pericolecistite. Che il duodeno sia sempre interessato nel decorso della litiasi biliare è cosa ormai stabilita sia clinicamente e anatomo-patologicamente sia radiologicamente, ma che le lesioni giungano alla stenosi duodenale vera estrinseca è oltremodo raro; ed è raro anche che le turbe duodenali delle stenosi anatomicamente costituite creino un problema operativo nei riguardi del tubo digerente. Ciò che interessa appunto al chirurgo è stabilire quando occorra eseguire la sola operazione sulle vie biliari, la sola operazione sul tubo digerente, e quando le due operazioni combinate.

Le stenosi piloro-duodenali vere da pericolecistite sono rarissime. La sindrome è dominata dai segni della stenosi piloro-duodenale. Alla dispepsia e ai dolori dopo i pasti durati per anni, si aggiungono poi il vomito alimen-

tare e lo scadimento progressivo dello stato generale. Dal punto di vista radiologico occorre essere guardinghi prima di affermare una stenosi duodenale: bisogna che, insieme con un'ombra duodenale dilatata anormalmente si constati una stasi del pasto opaco che duri a lungo.

Il problema operativo deve essere affrontato fin dall'inizio in modo radicale. Inutili e dannose le discussioni sull'intervento di scelta, se sulle vie biliari o sul tubo gastroenterico. Se trattasi di malati gravi, denutriti, con alimentazione difficile o impossibile, occorre subito gastroenterostomizzare e, appena possibile, intervenire sulle vie biliari. Lasciata a sè, la pericolecistite evolve portando la sua azione deleteria sugli organi vicini e rende inutile il primo intervento.

Stenosi duodenali da pericolecistite postoperativa. Gli studi radiologici hanno dimostrato che dopo ogni colecistectomia, anche seguita dalla più accurata peritonealizzazione, lievi aderenze si formano sempre; non solo, ma è ormai scientificamente acquisito che la pericolecistite non è influenzata affatto dalla colecistectomia, e che dopo di essa può non solo persistere, ma perfino peggiorare, per quanto raramente.

Quanto alle pericolecistiti che conducono alla stenosi duodenale, dobbiamo ritenere che questa tendenza alla stenosi sia una peculiarità di una speciale forma di pericolecistite e non abbia rapporto con la tecnica operativa seguìta.

Non vi è dubbio che il trattamento operatorio di queste periduodeniti stenosanti, di cui l'A. riporta un caso personale, non può essere che la gastroenterostomia. Duval esegue anche l'esclusione pilorica, ma sembra che questa non sia necessaria.

Periduodenite stenosante essenziale. La periduodenite sopra-mesocolica è più frequente della sottomesolica ed è quella che più facilmente provoca disturbi. Risiede indifferentemente su qualsiasi porzione del duodeno sopramesolico talvolta comprendendolo tutto. Si presenta o sotto forma di una membrana continua con inframmezzate briglie più spesse e più dure sulle quali il duodeno si deforma quando è riempito, o sotto forma di briglie più o meno numerose.

La periduodenite sottomesocolica si presenta o sotto forma di briglia di Mayo, costituita da una lunga e spessa aderenza che partendo dalla faccia inferiore del mesecolon trasverso ricopre per uno spazio di 5-10 cm. la prima ansa digiunale, attirandola verso la linea mediana e chiudendo così permanentemente l'angolo duodeno-digiunale; o sotto forma di briglie ad andamento irregolare, che partendo dal peritoneo parietale posteriore rimontano sulla terza porzione duodenale stenosandola in vario modo; o sotto forma di briglia che ispessisce il legamento che chiude in alto la fossetta digiunale superiore.

Dal punto di vista radiologico è caratteristica della periduodenite essenziale sopramesocolica di dare delle deformazioni che sono estremamente variabili da individuo ad individuo e nello stesso individuo nei vari momenti del funzionamento duodenale. La periduodenite sottomesocolica dà luogo invece ad aspetto differente a seconda che le aderenze stenosano la terza porzione del duodeno o l'angolo duodeno-digiunale. Nel 1° caso si ha la stessa immagine della stenosi da peduncolo mesenterico, solo che la dilatazione non si arresta bruscamente sulla linea mediana, ma in un punto qualunque della terza porzione e non scompare nè con la posizione ventrale, nè con la manovra di Hayes. Nel 2° caso si ha lo stomaco respinto a sinistra dalla dilatazione in toto del duodeno e la vivacissima e disordinata peristalsi e antiperistalsi di esso.

La periduodenite essenziale, come ogni altra periviscerite, è spesso muta sintomatologicamente per molti anni e solo si rileva quando il disturbo funzionale dell'organo ha esaurito le forze di riserva di esso, o quando una causa occasionale la riacutizza. È dunque una malattia degli adulti. È un'affezione ribelle ad ogni cura medica ed i dolori che affliggono i pazienti hanno nelle forme sopramesocoliche o il tipo duodenale o il tipo colecistico, mentre nelle forme sottomesocoliche i dolori, molto meno intensi, risiedono al di sotto ed a sinistra dell'ombelico ed accompagnano tutto il periodo della digestione.

Il trattamento non può essere che chirurgico, sempre che essa abbia una espressione sintomatologica netta. Il trattamento di scelta in ambedue le forme è la derivazione del contenuto gastro-duodenale: nella sopramesocolica la gastro-enterostomia è indubbiamente preferibile, nella sottomesocolica deve invece eseguirsi la duodeno-digiunostomia, che assicura lo svuotamento duodenale. Inutile nella periduodenite sopramesocolica la sezione delle aderenze, dubbi i risultati di trapianto epiploici o peduncolati, da rigettarsi come dannosa la colecistectomia; nella periduodenite sottomesocolica, specie in qualche caso di bandeletta di Mayo, può essere sufficiente la sezione della aderenza.

Stenosi duodenali da peduncolo mesenterico. Da tempo era nota la dilatazione acuta dello stomaco post-operatoria, la cui causa era lo sbarramento della terza porzione del duodeno ad opera del peduncolo mesenterico, quando si cominciò a segnalare anche la stenosi duodenale ad andamento cronico per la medesima causa.

La compressione si esercita, ad opera del peduncolo mesenterico, sulla faccia anteriore della terza porzione del duodeno che, secondo Duval, conserva in tal punto una vera im-

pronta dei vasi. Il duodeno ivi è preso tra le branche di un compasso la cui branca anteriore è costituita dai vasi, la posteriore dall'aorta e dalla colonna vertebrale.

Secondo Glénard, il solco lasciato dai vasi e quindi una lieve stenosi relativa sarebbe fisiologico, in quanto permetterebbe un migliore impastamento del chimo acido dello stomaco con la bile ed i succhi pancreatici: l'esagerazione di questo fatto condurrebbe alla stenosi.

Occorre ben ricordare che la stenosi può essere data, oltre che della mesenterica propriamente detta anche dalla colica media, che per mobilità eccessiva del colon e per caduta dell'angolo di esso può assumere un decorso parallelo a quello della mesenterica. La compressione da parte della mesenterica è spiegata da Bloodgood come derivante da una brevità congenita del mesentere. Importante è che tale stenosi è più frequente nella donna e ciò perchè l'ampiezza del bacino femminile permette sia al colon che al tenue di cadere in basso ed esercitare trazioni.

Dal punto di vista sintomatologico, quando il quadro è completo, è veramente caratteristico: vomito intermittente, biliare, di una abbondanza estrema, dolore violento al momento della crisi, senso di peso e dolenzia all'epigastrio e all'ipocondrio dopo i pasti, nei periodi di sosta. Si nota in molti casi una vera tumefazione timpanica (duodeno dilatato) od anche il disegno dello stomaco quando il piloro sia incontinente.

La manovra di Hayes avrebbe valore diagnostico certo: si deprime con la mano la parete addominale al di sopra dell'ombelico, poi si spinge in massa la parete in alto, a sinistra e indietro. Con ciò, agendo sulla massa del tenue, si apre il compasso mesenteriale ed i gas del duodeno si vuotano nel digiuno, la tumefazione timpanica scompare. Carattere di tutta la sintomatologia è di scomparire in una speciale posizione, la genu-pettorale per la stenosi da arteria mesenterica, quella sul fianco destro per la stenosi da arteria colica. Questo teoricamente; in realtà tale schematismo non risponde sempre ai fatti clinici. I malati comunque finiscono per trovare da loro la posizione che fa cessare o almeno attenua la crisi.

È una malattia che a lungo andare altera profondamente lo stato generale e porta alla morte. Occorre sforzarsi di differenziare le due forme, giacchè comportano una cura differente. La prima ha inizio precoce ed è più grave, con quadro completo, tipico di stenosi duodenale, la seconda inizia tardivamente, è più attenuata, presenta chiari segni di stasi destra del colon, con stipsi ostinata.

Dal punto di vista radiologico, la sindrome della stenosi duodenale da peduncolo arteriomesenteriale è tipica: il duodeno è dilatato con arresto brusco alla linea mediana, movimenti energici peristaltici e antiperistaltici che rigettano il pasto fino al bulbo e nello stomaco, se il piloro è beante, scomparsa di tutti questi segni colla manovra di Hayes o nella posizione genupettorale.

L'operazione di scelta nelle forme dovute a compressione della mesenterica è la duodeno-digiunostomia; quando la compressione è data dallla colica media è da preferirsi la colectomia destra, cui è bene associare la duodeno-digiunostomia.

L'A. riporta un caso personale in cui la stenosi era determinata da un aneurisma dell'arteria mesenterica, eventualità di cui non si trova cenno nella letteratura. Il caso non creò che un problema diagnostico, in quanto la lesione condusse a morte il paziente prima che fosse possibile pensare ad un qualsiasi indirizzo terapeutico. C. TOSCANO.

La degenerazione cancerigna dell'ulcera gastrica.

(BOUCHUT e LEVRAT. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 5 agosto 1932).

Si vedono frequentemente malati che presentano in un primo periodo sintomi di ulcera gastrica e in un secondo periodo di cancro. Secondo alcuni si tratta di trasformazione cancerosa di un'ulcera semplice, secondo altri di cancri ulcerati a decorso lento. Per alcuni il 60-70 % dei cancri gastrici si sviluppa su ulcera preesistente, altri negano invece questa frequenza e specialmente Duval e Hartmann hanno sostenuto che nelle così dette ulcere cancerizzate si tratta per lo più di cancri a decorso lentissimo.

La difficoltà di risolvere la questione coll'esame istologico dipende non solo dal fatto che spesso l'esame istologico non è stato fatto, e ci si limita a togliere l'ulcera, ma anche dalla presenza nelle ulcere di alcune cellule che possono far pensare ad un cancro.

La certezza che un'ulcera si è cancerizzata si può avere solo se ci sono due esami istologici, uno fatto in primo tempo che dia il reperto di un'ulcera semplice e uno fatto dopo che dia il reperto del neoplasma. Si sono cercati perciò dei segni di probabilità di cancerizzazione di un'ulcera; per alcuni ogni volta che lo strato muscolare è intatto non si può trattare di un'ulcera cancerizzata, mentre l'inverso non è vero: questi dati istologici non sono sicuri, come non sono sicuri alcuni dati clinici, e precisamente la tardività dei dolori che si calmano col cibo nel cancro a lento decorso, la presenza o no di ipercloridia. Maggior valore si deve dare alla durata della malattia, nel senso che il cancro ulcerato ha un decorso rapido, mentre l'ulcera cancerizzata ha un decorso lentissimo, anche di più di 10 anni.

Ma anche qui esistono divergenze d'opinioni: c'è chi ammette che l'evoluzione cancerigna si compia in 20-40 anni e chi in 6 mesi soltanto.

Gli AA. hanno esaminato in 10 anni 144 casi di cancro e 106 di ulcere dello stomaco; hanno messo fra le ulcere cancerizzate quelli che hanno avuto evoluzione di oltre 10 anni e tra i cancri a decorso lento quelli che hanno avuto durata di non più di 6 anni.

Nei cancri dello stomaco in 111 i disturbi digestivi duravano da meno di un anno, in 17 da 1-3 anni, in 4 da 3-5 anni, in 1 da 5-10 anni, in 6 da 10-20 anni, in 5 da più di 20 anni. Nei casi di ulcera, 39 avevano disturbi da meno di 5 anni, 14 da 5 a 10 anni, 36 da 10 a 20 anni, 17 da più di 20 anni.

Nei casi di cancro con lunga durata dei sintomi digestivi in alcuni si trovò una colelitiasi a cui si potevano attribuire i disturbi più vecchi, in un caso solo si trovò coesistenza di un'ulcera della piccola curvatura e di cancro del piloro e in 6 casi una sintomatologia che faceva pensare ad un'ulcera in primo tempo seguita da cancro.

Dai loro dati gli AA. ritengono che l'ulcera cancerizzata è molto più rara del cancro a decorso lento e che nell'ulcera callosa che duri da meno di 5 anni il cancro è più frequente che nell'ulcera callosa antica e quindi nell'ulcera callosa recente si deve propendere, intervenendo, per la gastrectomia. R. LUSENA.

La cura dell'ulcera peptica colla mucina.

(C. F. G. BROWN, S. P. CROMER, E. L. JENKINSON e N. C. GILBERT. *The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 9 luglio 1932).

Le prime osservazioni furono fatte da Fogelson nel 1931; da allora vari altri se ne sono occupati. Complessivamente sono stati sottoposti a questa cura 116 malati, di cui 37 degli AA. di quest'articolo. In tutti questi 37 casi si trattava di malati con diagnosi sicura di ulcera, quasi tutti sofferenti da anni. I malati furono studiati ogni settimana dal punto di vista della secrezione gastrica e ogni settimana fu fatta la conta dei globuli del sangue. L'esame radiografico fu ripetuto ogni 2-4 settimane. Ogni osservazione durò circa un anno.

Ecco i risultati. La reazione del sangue nel succo gastrico scomparve in media dopo 9 giorni di cura (periodo massimo 26 giorni), mentre in un gruppo di controllo la media fu di 24 giorni; la stessa reazione scomparve nelle feci in media dopo 11,5 giorni contro 27,2 del gruppo di controllo. La media d'aumento di peso del malato è stata di 6 Kg., (4 Kg. nel gruppo di controllo). Radiologicamente si notò sempre notevole miglioramento delle deformità e anche del tempo di svuotamento. La mucina si è dimostrata molto utile anche per combattere le emorragie imponenti. In malati che prima avevano frequenti recidive, queste non comparvero più nel periodo di osservazione. L'iperacidità non è stata modificata dalla cura. La mucina ha avuto sempre buona azione sulla funzionalità intestinale. Ci fu un caso di insuccesso e all'intervento fu trovato un tumore granulomatoso vicino ad un'ulcera penetrante.

L'ulcera spesso guarisce e migliora senza cure o con cure diverse dalla mucina. Gli AA. ritengono che questa sostanza sia efficace nei casi ribelli alle cure comuni. R. LUSENA.

PROBLEMI IGIENICI.

L'igiene nell'architettura moderna.

A. Giudice, in un vivace e simpatico articolo (*Annali di Igiene*, sett. 1932), esamina come sono risolti i problemi igienici nell'architettura moderna. Le tendenze nuove si manifestano anzitutto nell'urbanistica, a cominciare dai piani regolatori. Non più l'agglomeramento caotico delle vecchie città, dalle strade strette e buie, ma aria, luce e sole per tutti. L'urbanistica moderna tende al decongestionamento, alla rarefazione della densità ed alla costruzione di ampie vie, di piazze, di giardini, mettendo dovunque il verde degli alberi e delle aiuole. Altro criterio importante è la suddivisione della città in zone diverse, ciascuna destinata ad una speciale attività: quella degli affari, quella delle abitazioni; la zona sportiva, quella delle industrie, relegate alla periferia della città, ove non recheranno molestia agli abitanti e disporranno di maggiore superficie.

Non meno apprezzabili sono i vantaggi della nuova architettura, che giustamente è stata chiamata *funzionale*, in quanto che tende alla praticità, lasciando da parte tutto quanto è soprastruttura e linee prestabilite. La casa deve esser costruita in modo da rispondere alla sua vera funzione; svincolandosi da pastoie più o meno artistiche, tutto vi deve essere preordinato perchè la vita vi si svolga ritmicamente, senza inciampi e confortevolmente. Invece di adattarsi alle linee esterne che spesso costringevano gli ambienti ad una disposizione e distribuzione irrazionali, l'architetto moderno studia il progetto di una nuova casa dall'interno all'esterno e, quando tutte le comodità accessorie sono ben definite, traccia sulla pianta i muri periferici. Ne viene talvolta un'architettura esterna un po' bizzarra ma che, quando vi si è fatto l'occhio, finisce col piacere; del resto, ogni epoca ha il suo stile e può rappresentare un anacronismo fabbricare, in pieno secolo ventesimo, una casa in stile del rinascimento.

Predomina ora, nelle nuove costruzioni, il vuoto sul pieno. Grandi finestre, distribuzione delle aperture quanto mai varia, che rompe la monotonia delle finestre a disposizione simmetrica ed obbligatoria. (L'igienista non può

che essere lieto di veder entrare ampiamente la luce e l'aria nelle stanze, ma anche in tale campo non si deve esagerare e conviene tener conto delle caratteristiche del clima e dell'insolazione. Nelle brumose regioni nordiche, il bisogno di luce arriva al punto di abolire persiane, tende e scuretti; nel nostro assolato mezzogiorno, si rende necessario evitare un eccesso di ampiezza e smorzare la troppa luce. Seguiamo quindi gli esempi che ci vengono da altri paesi, ma non pedissequamente ed adattiamoli alle nostre condizioni di clima e di abitudini. *N. del red.*).

Anche nella disposizione interna dei locali, la moderna architettura ha portato indiscutibili vantaggi, con molti particolari anche piccoli, che rendono la casa più salubre e più comoda. Ai bui corridoi che disimpegnavano le varie camere, sono sostituite ridenti camere di soggiorno, con ampie vetrate; i locali da bagno sono vicini alla camera da letto; la cucina è indipendente e possibilmente lontana dalle altre stanze, acquistando anche maggiore spazio con la sistemazione di mobili nello spessore delle pareti.

Nelle case popolari e soprattutto nella costruzione di istituti assistenziali e di studio, l'architettura razionale trionfa in pieno; se ne hanno esempi magnifici; ma pur troppo, in Italia, restiamo legati alla tradizione che, in questo campo, in cui tutto è nuovo o rinnovato, non ha ragione d'essere.

Notevoli innovazioni ha pure portato la moderna tecnica edilizia nei *materiali da costruzione*. Ridotto al minimo indispensabile l'uso dei mattoni e della pietra, la preferenza è data al cemento che, unito all'acciaio, dà facoltà di elevare le costruzioni molto al disopra dei limiti consentiti dalla pietra, rende le case più stabili e non permette affatto l'ascesa dell'umidità dal sottosuolo. (Ha anche però i gravi svantaggi di essere eccessivamente buon conduttore del calore e dei suoni, inconvenienti a cui non si rimedia sempre molto bene. *N. del red.*). Pure largamente usato è il vetro.

Il ferro e l'acciaio vengono usati per la struttura di grandi fabbricati; tutto lo scheletro di questi viene elevato in acciaio e, su tale armatura, si costruiscono le pareti con materiale leggerissimo. I vantaggi igienici sono evidenti: si evita l'ascesa dell'umidità dal sottosuolo e, per la leggerezza dei materiali con cui si fabbricano le pareti, si rende più attiva la ventilazione degli ambienti. D'altra parte, il piccolo spessore delle pareti, rende però insufficiente il riparo dagli sbalzi della temperatura esterna. A ciò si ovvia usando materiali coibenti, in doppio strato, con intercapedine; ottimo per tale scopo sarebbe l'*eraclit*, costituito da trucioli di legno resi incombustibili ed imputrescibili ed impastati con cemento.

Altro vantaggio delle case a struttura metallica è quello di resistere ai terremoti.

Per la *pavimentazione*, oltre al legno, si usano materiali a base di olio di lino, resine, ecc., come il *linoleum*, il *balatum*, silenziosi, impermeabili e di facile lavatura. Sono pure usati degli agglomerati artificiali a base di segatura di legno, cemento bianco magnesiaco e sostanze coloranti, economici, afoni, idrofughi, incombustibili ed inattaccabili dagli acidi. Anche l'*arredamento* tende all'applicazione assoluta della linea retta ed alla massima semplicità. I mobili in metallo (dall'acciaio alle leghe di alluminio) sono economici, incombustibili ed al tempo stesso leggeri.

In complesso, l'architettura e l'edilizia moderna segnano, dal punto di vista igienico, un progresso sicuro. Dall'urbanistica all'arredamento interno, dalla casa al materiale per costruzioni, tutto tende a dare all'uomo aria, luce, sole, benessere. E gli igienisti debbono approvare ed incoraggiare tali moderne tendenze che, se talvolta specialmente per gli eccessivi ammiratori del passato sembrano di gusto discutibile, sono quasi sempre apportatrici di benessere e di salute. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. Prof. M. BUFALINI. *Fisiopatologia dell'operato*. Volume in-8° di pagg. XVI-280. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 30.

Ci sia consentito di riportare in queste colonne le parole lusinghiere con le quali l'illustre clinico chirurgo dell'Università di Pisa presenta il libro del Bufalini:

« La professione del Chirurgo moderno sarebbe meravigliosa pure in mezzo alle fatiche, alle preoccupazioni, alle ansie, se in tutti i casi nei quali i mezzi chirurgici convenientemente applicati hanno possibilità di vincere i mali che affliggono l'uomo, la vittoria arridesse sempre. Quando nell'operato interviene qualche complicanza grave o mortale che frustra lo sforzo del chirurgo abituato ormai a tutte le vittorie, la sconfitta è terribilmente penosa.

Ma ci sono complicanze e sconfitte dipendenti dalla tecnica chirurgica, le quali con il perfezionamento progressivo derivante dai risultati e dai progressi sia dell'esperienza altrui sia dell'esperienza e maturità personale possono essere sempre più ridotte fino anche abolite nei limiti delle possibilità umane.

Tecnici si diventa: ciò vuol dire che l'errore, l'imperfezione, l'inesattezza possono venire continuamente corretti, se l'operatore ha anima chirurgica, logica sicura, coscienza della missione che compie. Le deficienze di ambiente, di mezzi, di preparazione ecc. non possono servire di giustificazione al chirurgo. Egli deve accingersi all'opera sua miracolosa e grandiosa solo quando sa di potere.

Ma anche in questi casi il chirurgo, nel pieno possesso delle sue attitudini e perfezioni

tecniche personali strumentali ed ambientali, deve fare i conti non tanto con l'affezione locale che è chiamato a curare, quanto con l'elemento fragile e così ricco di incognite, che è l'organismo dell'uomo in genere e dell'uomo malato in ispecie.

Più o meno indipendentemente dalla qualità dell'operazione e dalla tecnica con cui è stata condotta, l'intervento determina nell'organismo squilibri, alterazioni funzionali, aggravamento di squilibri o di alterazioni precedenti, che possono determinare e determinano complicanze anche mortali, che talora purtroppo inaspettatamente distruggono l'opera più precisa e completa.

Ho detto inaspettatamente, perchè purtroppo molte incognite vi sono nella coscienza della resistenza, delle attitudini funzionali ed umorali dell'operato; ma è da ricercare che questo avverbio vada a scomparire per i chirurghi futuri, i quali potranno con lo studio fisiopatologico dell'operando prevedere e quindi fino dove è possibile prevenire la complicanza.

Questo studio del quale già molti elementi sono noti, sì che il chirurgo moderno si trova ad essere più agguerrito del chirurgo di pochi anni fa, ha bisogno di molti altri elementi perchè sia non dico completo, ciò che forse non avverrà mai, ma almeno praticamente sufficiente nella maggioranza dei casi.

È lo stato attuale di questo fondamentale ed interessante capitolo per la moderna chirurgia, che il mio valoroso aiuto Prof. Maurizio Bufalini, ha voluto presentare al medico e specialmente al chirurgo, basandosi e sull'esperienza degli altri e sulla sua personale largamente fatta nella nostra Clinica. Mancava un'opera, specie italiana, di insieme su tale interessantissimo argomento, la cui conoscenza è al chirurgo di oggi più che necessaria, indispensabile. Mi sembra che l'opera oltre colmare una lacuna, sarà per l'ordine, per l'interesse dell'argomento, per la completezza, per la forma con cui è presentata, letta dai chirurghi e dai medici con vivo interesse.

Certo il lavoro, pur essendo completo rispetto alle nostre conoscenze attuali, non può dirsi definitivo. Ancora molti punti sono oscuri o insufficientemente delucidati. È da augurarsi che l'avvenire prossimo ci porti ad illuminare sempre più le nostre conoscenze dove esse sono ancora limitate e ad abolire le nostre ignoranze, per renderci maggiormente tranquilli ogni volta che ci accingiamo ad un intervento operatorio, per favorire la fiducia negli operandi, assicurare il bene degli operati, in modo che siano sempre più accreditati i benefici talora miracolosi della moderna chirurgia ».

Pisa, luglio 1932-X.

Prof. DOMENICO TADDEI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. KREHL. *Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten.* II vol., II ediz. Un vol. in-8° di pag. 198. F.C.W. Vogel, Berlin, 1932. Prezzo RM. 12,80.

In questo volume che fa seguito al primo, in cui è trattata la fisiologia patologica, l'A. espone i principî che portano a riconoscere e diagnosticare le malattie interne, ciò che presume una buona conoscenza della medicina e dei suoi metodi di ricerca.

Un primo capitolo si occupa dei principî generali sulla posizione del medico nella società e di fronte al malato, dello stato d'animo di questo, dell'aspetto individuale dei quadri morbosi. Ne segue un altro sull'esame generale del malato. Sono poi considerate la febbre, le infezioni e le malattie dei diversi organi.

Trattasi di un quadro generale che indica in modo succinto e chiaro le diverse malattie che possono colpire i vari organi e sistemi, accennando ai caratteri principali che possono guidare alla diagnosi.

La prima edizione è stata esaurita in un anno; questa si presenta con diverse aggiunte e qualche modificazione. *fil.*

G. MOURIQUAND e M. BERNHEIM. *Hypertrophie du thymus et états thymo-limphatiques.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 20.

Interessante monografia che espone tutto quanto si conosce sulla complessa e non nuova quistione della fisio-patologia del timo e su i suoi rapporti con il sistema linfatico.

Sono dettagliatamente esposte la clinica, la anatomia-patologica, l'etiologia, la patogenesi e la terapia dello stato timo-linfatico.

Uno speciale capitolo è dedicato alla morte improvvisa in questa condizione. DR.

I. LEVI. *Acariasi da cereali.* Un vol. in-8° di 72 pag. con 25 fig. L. Cappelli, Bologna, 1932. Prezzo L. 18.

Esiste sull'acariasi da grano una bibliografia discretamente ricca a cui hanno particolarmente contribuito gli italiani, ma che è sparsa in numerose pubblicazioni periodiche non sempre facilmente trovabili. Il lavoro d'insieme dell'A. riesce pertanto molto utile per conoscere le particolarità della malattia, che appare più diffusa di quanto non si possa ritenere di primo acchito. L'A. si occupa delle caratteristiche del noto acaro, dell'anatomia ed istologia patologica della dermatosi da esso provocata, della riproduzione sperimentale, dei caratteri clinici, diagnosi, prognosi e cura. Questo lavoro costituisce una buona monografia sull'argomento, che interessa medici, igienisti ed agricoltori. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Roma, 19-22 ottobre 1932.

(*Continuazione; vedi num. precedente*).

Seduta pomeridiana (20 ott.).

Presidenza: Prof. FERRATA.

Comunicazioni.

Sen. E. MARAGLIANO (Genova). — L'O. comunica nuovi studi suoi e della sua scuola sul problema della *immunità antitubercolare*, da lui primamente dimostrata or sono più che 30 anni, quando nessuno la credeva possibile, ed ora universalmente ammessa.

Partendo dal fatto ormai accertato ed accettato che pressochè tutti gli uomini portano bacilli della tubercolosi in corpo, che vi penetrano dall'ambiente organico, nota che due soli sopra mille ed anche meno muoiono di malattia tubercolare in tutti i paesi e che quindi 998 si salvano.

Dagli studi suoi e della sua scuola è risultato che i tessuti dell'organismo quando è in piena efficienza fisiologica per mezzo di speciali fermenti, distruggono i bacilli i cui veleni messi in libertà provocano processi difensivi che neutralizzano l'azione morbigena e li immunizzano.

Che se la capacità reattiva del terreno organico per qualsiasi ragione si indebolisce, allora la malattia nasce: che se l'organismo si riprende, la malattia guarisce e l'immunità dura.

Da tutto questo insieme di fatti provati, in conclusione risulta: che la massima parte degli uomini si immunizza automaticamente, e può restare per tutta la vita immune; che una parte minore cade una volta malata e poi resta perennemente immune: che solo nel due per mille la malattia, una volta nata, non si arresta più, perchè in essi il terreno organico non ha la capacità di reagire e soccombe. Dimostra che in questi per colpa del terreno insufficiente, l'immunità non avviene.

Per questo si è creduto da qualcuno di poter negare la possibilità di conferire con la vaccinazione l'immunità verso le malattie tubercolari, poichè soggetti che già ne avevano sofferto, non ne erano rimasti immunizzati, dimenticando che il procedimento immunitario si può avere solo col concorso del terreno organico, tanto è vero che — contrariamente a quanto per lo addietro si credeva — oggi si dimostra che un grande numero di soggetti dopo avere sofferto una malattia tubercolare, ne sono rimasti immunizzati perchè in essi il terreno in buone condizioni ha prodotto i materiali difensivi immunizzanti.

Conclude segnalando che tutta la patologia tubercolare è signoreggiata dalla immunità, cosa di cui omai tutti convengono; ma che non si è ancora abituati ad applicarne i dettami per le diagnosi, la prognosi, la cura e la profilassi delle malattie tubercolari. In base a studi recenti della sua scuola questo inoltre oggi può dire:

Che il B. T. entrato a contatto degli elementi tissurali del terreno organico è disintegrato per l'azione di fermenti specifici che si svolgono dal tessuto che reagisce allo stimolo iniziale dei veleni tubercolari.

Che i bacilli vivi creano il movimento immunitario non per quanto siano vivi ma perchè disintegrati nei tessuti mettono in libertà i loro veleni protoplasmatici: le endotossine che creano il movimento immunitario.

Che le amine specifiche risultato finale della digestione bacillare neutralizzano i veleni e diventano agenti dell'azione difensiva.

Che i fenomeni allergici sono la espressione delle varie fasi che percorre la digestione dell'antigene e quindi dalla attività dei fermenti di cui l'antigene provoca l'azione, che sono intensi finchè i fermenti agiscono ed oscillano a seconda delle loro attività.

A. FERRATA (Pavia). — L'O. dice che in Lombardia preoccupati della diffusione della tubercolosi fra le vaccine, si stanno facendo grandi esperimenti nel campo zoologico con la vaccinazione antitubercolare. Sotto il controllo di una commissione composta dai prof. Zoia,, M. Ascoli e dall'O. si sta infatti immunizzando le vaccine contro la tubercolosi sia con bacilli vivi che con quelli morti e l'O. può affermare che i risultati sono assai più soddisfacenti con questi ultimi che con i primi.

G. MARAGLIANO (Genova). — *Infiltrato precoce ed anamnesi.* — L'O. si è proposto di indagare con quanta probabilità si possa affermare che un episodio acuto rintracciato nell'anamnesi di un ammalato di tbc. corrisponda alla presenza di un focolaio di Assman. Dallo studio di numerosissimi soggetti l'O. può concludere che l'osservazione anteriore o eseguita subito dopo ha dimostrato che un episodio acuto morboso soltanto in uno scarsissimo numero di casi ha contrassegnato l'insorgenza di un infiltrato precoce e l'inizio della malattia tubercolare.

G. MARAGLIANO (Genova). — *Ricerche fisico chimiche nel sangue dopo pneumotorace.* — Nei pneumotoracizzati l'O. ha trovato nella grande maggioranza dei casi una diminuzione notevole della quantità totale di proteine, mentre in quasi tutti i casi i colloidi del siero erano aumentati.

Tali fatti evidenti dopo i primi rifornimenti, divenivano evidentissimi nei soggetti che dopo i rifornimenti presentavano rialzi termici.

G. MARAGLIANO e FONTANA. — *Ricerche fisico chimiche nel sangue dopo iniezione di tubercolina.* — Gli OO. hanno trovato che in quasi tutti i casi, dopo iniezione di tubercolina, si ha diminuzione delle proteine totali e nella maggior parte dei casi si nota un aumento notevole del grado di imbibizione dei colloidi, tanto da concludere quindi che l'iniezione di tubercolina induce nel siero dei tubercolosi modificazioni simili a quelle che si osservano negli individui sottoposti a pneumotorace.

V. MARAGLIANO (Genova). — *Su alcuni quadri radiologici polmonari attribuibili a diffusioni ematogene.* — In alcuni casi di tubercolosi polmonare si riscontrano radiologicamente immagini puntiformi che si possono riferire, disposte come sono lungo le linee vascolari, a disseminazione ematogena sclerosante; in altri casi il quadro polmonare normale non può differenziarsi dal quadro non normale. Presenta interessanti reperti radiografici.

R. INGLESE (Napoli). — *Rapporti tra sindrome emorroidaria ed amebiasi.* — L'O. richiama l'at-

tenzione su codesti rapporti che danno luogo ad equivoci diagnostici, imperocchè molte fiate in individui emorroidari possono passare inosservate delle forme di amebiasi latenti. In molti casi la prova della mobilizzazione delle amebe con la dieta lattea ha resa positiva l'indagine, sulle materie fecali, per amebe. L'O. ha notato anche che la stasi emorroidaria favorisce l'attecchimento dell'amebiasi, ne aggrava il decorso, e rende meno efficace l'azione dell'emetina e dello stovarsolo. S'impone un trattamento topico o con iniezioni intraemorroidarie, oltre eventuali cure chirurgiche. La maggior parte degli ascessi epatici amebiasici, a cognizione dell'O., si avverarono in individui con stasi emorroidaria.

M. BERGONZINI (Napoli). — *Le reazioni sierologiche dei sifilitici ed il valore diagnostico della R. W. nei confronti con altre reazioni.* — L'O. dimostra che la reazione di W. è una reazione di flocculazione come le altre che vanno sotto tale nome. Mette in evidenza l'importanza di certe particelle ultramicroscopiche, da lui chiamate complementträger nell'andamento della R. W. Tali particelle convogliano in caso di reazione negativa, il complemento sul globulo, generando l'emolisi, lo imprigionano nel flocculato in casi di reazione positiva. Dimostra che delle reazioni diagnostiche della lues la R. W. è quella teoricamente più attendibile.

P. SISTO (Modena). — *Anemia ipocromica essenziale.* — L'O. illustra cinque casi di anemia ipocromica essenziale, affezione di particolare importanza sia perchè ancora poco conosciuta e sia per i rapporti che essa sembra avere con l'anemia perniciosa. Sintetizzando il quadro clinico della malattia, l'O. ricorda come degne di nota la lunga durata dell'affezione, i disturbi della sfera genitale, ed in qualche caso le note soggettive ed obbiettive della glossite di Hunter. L'esame del sangue rivela un'anemia spiccatissima a tipo costantemente ipocromico, con V. G. basso, glob. rossi al di sotto di 2 milioni, globuli bianchi spesso ridotti. Nel succo gastrico assenza quasi costante di HCL, pepsina e lab. L'O. fa rilevare, come già altri AA. hanno fatto osservare, che dopo un periodo anche di parecchi anni, la malattia può trasformarsi in una tipica anemia perniciosa e, secondo l'O., l'elemento che unisce le due forme morbose è da ricercarsi forse nel comportamento della funzione gastrica. L'O. pensa che nella anemia ipocromica essenziale non manchi quel principio antianemico ammesso per l'anemia perniciosa, dato che il succo gastrico di questi malati, almeno secondo qualche autore è capace di curare l'anemia perniciosa, ma che nella malattia vi sia invece un'alterazione, per così dire, della funzione ematopoietica dello stomaco, alterazione, per la quale, in un primo tempo sarebbe impedita la maturazione dei globuli rossi nel midollo e quindi si avrebbe l'anemia ipocromica, in secondo tempo invece vi sarebbe il ritorno alla ematopoiesi embrionale e quindi la comparsa del quadro dell'anemia perniciosa.

G. DI GUGLIELMO (Catania). — Domanda qualche chiarimento riguardante questa forma di anemia ipocromica e precisamente se si tratta di vera achilia o semplicemente di anacloridria, come risulta dalla letteratura. Richiama l'attenzione sulla guarigione spontanea di questa forma anemica dopo la menopausa. Ritiene inoltre non molto persuasivo il concetto di analogia tra anemia perniciosa e anemia ipocromica achilica, per quanto siano suggestivi i casi di contemporanea presenza delle due forme nella stessa famiglia e di passaggio dalla forma achilia ipocromica a quella perniciosa. La differenza tra le due anemie non è solo sintomatica, ma specialmente dovuta al fatto che nell'anemia perniciosa, con o senza achilia, manca sempre il fattore intrinseco o gastrico, essenziale nel meccanismo patogenitico della malattia, mentre nell'anemia ipocromica achilica esso è sempre presente.

Si potrebbe piuttosto pensare alla clorosi tenendo conto dei rapporti con le diverse fasi della vita sessuale.

A. FERRATA (Pavia). — Rileva le grandi differenze che corrono fra l'anemia ipocromica essenziale e clorosi e anemia perniciosa: tutte queste forme debbono avere una patogenesi differente. L'anemia ipocromica essenziale può avere una certa somiglianza con la così detta anemia aplastica o mielosi globale aplastica (Di Guglielmo) o atrofia mieloide progressiva (Ferrata).

Seduta pomeridiana (20 ott.).

SEZ. B.

Presidenza: Sen. E. MARAGLIANO.

C. AMATUCCI MALLARDO (Napoli). — *Variazioni dell'elettrocardiogramma consecutivo ad introduzione di glucosio.* — L'O. ha studiato l'effetto nei conigli della terapia glucosata endovenosa, sottocutanea ed orale sulla funzione cardiaca, con l'ausilio dell'elettrocardiogramma ed ha potuto vedere che solo la somministrazione di glucosio per via endovenosa oltre ad aumento della temperatura corporea induce una modificazione della funzionalità cardiaca, rilevabile elettrocardiograficamente con un'intensificazione notevole di dentellature dei tratti interposti ai complessi ventricolari, e talora con fasi di aritmia e comparsa di complessi ventricolari ad altezza ridotta. Tali modificazioni elettrocardiografiche possono verosimilmente essere poste in relazione con un disturbo delle manifestazioni elettriche del sarcoplasma (variazioni di potenziali) indotte da uno squilibrio metabolico per l'apporto irregolato di glucosio.

C. AMATUCCI MALLARDO (Napoli). — *Variazioni dell'elettrocardiogramma consecutive alle iniezioni di adrenalina.* — L'O. ha cercato di rendersi conto dell'azione svolta dall'adrenalina sul cuore umano, introdotta per via sottocutanea, alla dose di 1/2-1 mmgr., ed ha potuto vedere che essa induce per lo più una diminuzione della frequenza cardiaca ed un aumento di voltaggio nei fenomeni elettrici miocardici. Sia il miglioramento della funzionalità cardiaca (aumento di voltaggio) e sia la diminuzione della frequenza sono da riportarsi, più che ad un'azione vagotropa dell'adrenalina, alla migliorata circolazione miocardica che la sostanza in parola induce con la vasodilatazione del circolo coronarico.

V. ROMANIN (Trieste). — *Studi sulla colesterinemia nelle forme ipertensive.* — L'O. in base a ricerche sistematiche sulla colesterinemia nel corso dell'ipertensione, accompagnata o no da arterio-sclerosi, ha potuto vedere che nei soggetti ipertesi e clinicamente, arteriosclerotici o non il tasso colesterinemico è notevolmente aumentato. Nei soggetti arteriosclerotici con o senza iperten-

sione non si osserva un rapporto diretto tra aumento del tasso colesterinico nel sangue e grado di ipertensione. Dopo somministrazione di 1 mmgr. di adrenalina, nei soggetti ipertesi e clinicamente arteriosclerotici si ha diminuzione costante dei valori colesterinemici, mentre nei soggetti normali, come è noto, si ha un modico aumento. La prova dell'ipercolesterinemia alimentare dimostra sempre nei soggetti arteriosclerotici, affetti o no da ipertensione, un modicissimo innalzamento iniziale e un rapido ritorno ai valori di partenze.

V. BACCI (PISTOIA). — *Tensioni arteriose e tessuti embriogenetici.* — Nello studio dei motivi di variazione delle tensioni arteriose devonsi tener presenti due tendenze nello sviluppo dell'organismo dallo stato embrionario verso il completamento anatomico e funzionale dei tessuti ed organi provenienti dai tre foglietti blastodermici. Una tendenza consiste in un attività trofica e metabolica superiore alla norma fisiologica dei tessuti di origine ecto ed endodermica e questa si accompagna con ipotensione; l'altra consiste in un attività proliferativa eccedente e precoce di quelli di origine intradermica e questa è accompagnata da ipertensione. Da tale constatazione si desume la importanza pratica della valutazione delle tensioni in ogni soggetto e ad ogni età per rilevarne la tendenza allo sviluppo anatomico dei vari elementi tessurali e rispettivamente alle attitudini biochimiche degli organi embrionali a scopo diagnostico, prognostico, profilattico e curativo.

A. LUISADA (Napoli). — *Su di un caso di asma bronchiale, studiato clinicamente ed istologicamente.* — L'O. ha avuto occasione di studiare per oltre 2 anni un caso di asma bronchiale e di eseguire anche lo studio istologico del caso dopo la morte. Il malato venne a morte per una forma meningitica di tipo tubercolare e morì in pochi giorni. Istologicamente fu rilevata la presenza di alcuni tubercoli miliari in ambedue i polmoni, ma a parte questi, di evidente natura terminale, furono messe in evidenza alterazioni diffuse consistenti in enfisema di medio grado, in pneumonite interstiziale cronica ed in notevole dilatazione dell'albero vasale polmonare, con inizio di ipertrofia delle tuniche vascolari, sempre a carico dell'albero bronchiale, fu notata notevole ipertrofia di tutti gli strati della parete, ed un notevole sviluppo della muscolatura, con fatti di ipertrofia e di iperplasia.

A. LUISADA (Napoli). — *Le alterazioni sistemiche della muscolatura liscia broncopolmonare.* — L'O. ha studiato istologicamente la muscolatura liscia broncopolmonare dei polmoni di 23 soggetti ed ha cercato di porre in relazione le alterazioni del tessuto muscolare, da un lato con i processi patologici diffusi del polmone stesso, dall'altro con le principali alterazioni funzionali a cui i soggetti erano esposti durante tutta la vita. Le alterazioni riscontrate a carico dei muscoli lisci sono date da processi degenerativi e infiammatori, da uno stato di atrofia, spesso associata a sclerosi, da uno stato di ipertrofia, più spesso isolata, ma talvolta accompagnata da iperplasia e talora associata invece a sclerosi.

Cercando di spiegare i dati istologici rilevati, l'O. crede di poter ammettere che i disturbi funzionali dei muscoli lisci del polmone, protratti per anni, diano luogo successivamente a modificazioni strutturali, che si rendono evidenti all'esame istologico delle sezioni.

A. LUISADA (Napoli). — *La elettromiografia quale metodo ausiliario nello studio delle distonie e delle discinesie.* — L'O. espone anzitutto alcune premesse di indole generale, necessarie a chiarimento dello studio grafico e clinico da lui intrapreso, svolto con l'osservazione di 45 soggetti. Per quanto riguarda i riflessi patellari e i cloni, l'O. dice come le ricerche grafiche diano agio di penetrare più addentro nell'intimo meccanismo dei riflessi e permettono interessanti deduzioni di ordine biologico e clinico.

L'O. si è occupato inoltre delle contrazioni muscolari e del mioedema, dei movimenti passivi degli arti e dei riflessi di automatismo midollare, dei riflessi plantari, e ritiene che i metodi grafici possono essere di notevole ausilio diagnostico in neurologia.

V. CESARE PIAZZA (Palermo). *Sulla nefrite anafilattica.* — L'O. riferisce che dall'osservazione clinica di questi ultimi anni, fra le tante manifestazioni anafilattiche assurte a dignità nosologica, ha individualizzato anche il quadro clinico della nefrite anafilattica. L'O. già da molti anni prima aveva dimostrato sperimentalmente ciò e quindi oggi ha la conferma nella constatazione clinica.

Nelle osservazioni cliniche odierne, l'O. ha osservato una evoluzione sempre benigna, ma ciò non può essere certamente una regola rigida. Nel campo sperimentale in fatto accanto ai casi ad andamento benigno l'O. ha constatato quelli ad andamento fatale, per cui non è da ritenere che la scomparsa rapida delle manifestazioni renali implichi una perfetta *restitutio ad integrum.* Può significare invece uno stato di latenza e che la sintomatologia ricompaia intervenendo di nuovo l'azione anafilattogena dello stesso antigeno.

D. CAMPANACCI (Parma). — *Nuova semplice prova stalagmometrica per differenziare gli essudati dai trasudati.* — Già da tempo l'O. aveva cercato di introdurre l'uso dello stalagmometro di Traube nella differenzione tra essudati e trasudati, ma non ostante esso sia di semplice manualità, pur tuttavia esso è rimasto un metodo di ricerca per la clinica, senza avere però la volgarizzazione che meriterebbe. L'O. ha pensato ora di utilizzare per la pratica, anzichè lo stalagmometro, la precipitazione o meno dei fiori di zolfo nei liquidi in esame, secondo la così detta prova di Hay, già in uso per i sali biliari; ma non avendo ottenuti risultati soddisfacenti, ha pensato di sensibilizzare artificialmente questa prova aggiungendo ai liquidi in esame una determinata quantità di sali biliari atti di per sè a modificare la tensione superficiale.

Adoperando quindi una soluzione all'1 % di glicolato di sodio, da aggiungere ai liquidi in esame nella proporzione 1:8 e stratificando poi sulla superficie dei liquidi dei fiori di zolfo, questi precipitano al fondo se si tratta di trasudato, non precipitano anche nello spazio di qualche minuto se si tratta di essudato.

I risultati fin'ora ottenuti dall'O. su oltre una settantina di liquidi sono soddisfacenti e concordanti con la determinazione dell'albumina e del peso specifico.

(*Continua*). A. POZZI.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione; ved. num. preced.*).

Comunicazioni inerenti al tema: Le peritoniti acute.

P. EMILIANI e G. BAZZOCCHI (Forlì). — *L'azotemia nelle peritoniti purulente da appendicite con trattamento chiuso.* — Nelle peritoniti purulente da appendicite, circoscritta o diffusa curate col trattamento chiuso, la curva azotemica è solo lievemente superiore a quella che si ha in altre affezioni chirurgiche; e detratta nella elevazione azotemica la parte che spetta alla narcosi e all'intervento in sè, la funzionalità epato-renale, per quanto ne è indice l'azotemia, non resta menomamente offesa, il che è avvalorato dai dati clinici e sperimentali da lungo tempo ottenuti da Solieri.

N. TORO (Napoli). — *Il drenaggio nella cura della peritonite sperimentale.* — Determinando una peritonite diffusa generalizzata nei cani, ha visto che la chiusura completa dell'addome è seguita da guarigione nel 35,7 % dei casi, con il drenaggio la guarigione non si ha mai. Il drenaggio quindi in questi casi ostacola il processo difensivo del peritoneo.

P. PERONI (Milano). — *Le peritoniti libere da perforazione di ulcera tubercolare dell'intestino.* — L'O. riferisce sulle peritoniti da perforazione da ulcera tubercolare dell'intestino portando in aggiunta ai 18 casi finora descritti il contributo di un nuovo caso osservato al Padiglione di Chirurgia d'urgenza dell'Ospedale Maggiore su 896 casi operati per peritonite nel periodo 1920-1932; e di 18 casi della stessa forma rinvenuti all'esame necroscopico su 12.086 autopsie. Nell'accennare alla rarità della forma di difficile diagnosi, almeno per ciò che concerne la natura, e di prognosi sempre infausta lasciata a sè, afferma che in questi casi si debba sempre intervenire chirurgicamente il più presto possibile, poichè solo con un intervento pronto ed immediato si può avere la possibilità di esito fausto.

E. PRATO (Milano). — *L'enterostomia nella cura delle peritoniti.* — L'O. sui dati statistici delle peritoniti acute operate nel Padiglione di accettazione e guardia dell'Ospedale Maggiore di Milano dal 1916 ad oggi, pone in rilievo nei casi mortali la notevole importanza dell'ileo paralitico e la scarsa applicazione dell'enterostomia che vi fa contrasto. Crede che una maggiore larghezza nella applicazione anche in primo tempo di questo intervento di tecnica semplice e poco traumatizzante varrebbe a migliorare i risultati.

Seduta pomeridiana (19 *ott.*).

Presidenza: prof. ALESSANDRI.

L. PIZZAGALLI (Milano). — *Sulle peritoniti da perforazione tifica.* — Sulla base di rilievi statistici esprime il dubbio che ancora per la peritonite, complicanza grave dell'infezione tifoide, non vi sia la necessaria collaborazione medico-chirurgica, tanto più che recenti statistiche danno un abbassamento ragguardevole dell'indice di mortalità, in relazione alla possibilità di un diagnostico e di un intervento chirurgico precoce.

G. MASNATA (Milano). — *Comunicazioni su 233 casi di peritonite.* — L'O. riferisce su 233 casi di peritonite delle quali 130 da appendicite, e 42 da perforazione di ulcera gastro-duodenale. Come trattamento operatorio nelle peritoniti da appendicite venne praticata l'appendicectomia e lo zaffo alla Miculicz. Riguardo alla chiusura per prima intenzione ritiene doversi limitare nei soli casi dove vi sia corrispondenza tra la lesione riconosciuta nelle prime ore e il reperto operatorio. Come trattamento operatorio nella perforazione da ulcera gastrica venne praticata la gastrorrafia, di preferenza associata a gastro-enterostomia, ultimamente la resezione gastrica con esito favorevole.

C. TRINCHERA (Bari). — *Sulla peritonite di origine tossica.* — I risultati conseguiti con iniezioni di filtrati batterici nel cavo peritoneale sono stati negativi. Ne consegue che per ogni processo acuto peritonitico si debba verosimilmente invocare un fattore batterico, ancorchè questo non risulti con le ripetute ricerche di cui disponiamo.

A. ALHAIQUE (Napoli). — *La condotta chirurgica nelle peritoniti acute da rottura di piosalpinge.* — È partigiano in questi casi di interventi conservatori. In due casi ha ottenuto la guarigione con lo svuotamento, la detersione e il drenaggio della raccolta annessiale.

BAIOCCHI (Napoli. — *La colesterina nelle peritoniti acute sperimentali.* — Mentre è presente in notevole grado nell'essudato, è diminuita in tutti gli organi, tranne che nella milza. Quando la peritonite volge a guarigione il tasso colesterinemico sale.

P. BASTIANELLI (S. Giovanni Val d'Arno). — *Il mio contributo alle peritoniti acute.* — Si occupa delle peritoniti da appendiciti. Egli non aspetta mai il raffreddamento, ma interviene sempre a qualsiasi stadio asportando l'appendice. Ha ottenuto così risultati brillanti anche in casi gravissimi. Nelle forme di peritonite conclamata ha il 14 % di mortalità.

D. CALABRESE (Bologna). — *Peritoniti acute.* — Riferisce su 200 casi osservati recentemente. Nelle peritoniti da perforazione gastro duodenale abitualmente sutura la perforazione, se ciò è difficile reseca. Nelle forme circoscritte da appendicite aspetta di operare a freddo. Nelle forme diffuse drena abbondantemente con garza e gomma laminata secondo Ruggi.

D. CALZAVARA (Treviso). — *Sopra alcuni punti del trattamento chirurigico della peritonite acuta.* — Nel trattamento preoperatorio dà grande importanza all'impiego delle soluzioni glucosate ed adrenalizzate sia isotoniche che ipertoniche. Come anestetico usa l'etere. Riguardo alla tecnica operatoria è assolutamente necessario scoprire e rimuovere la lesione causale della peritonite (colecisti, appendice). Ogni altro intervento è inutile.

O. CANTELMO (Napoli). — *Su di un coletoraco-peritoneo traumatico secondario. Considerazioni semeiologiche e indicazioni operatorie.* — Con laparotomia svuotò la bile dell'addome e quella dell'emitorace destro senza che si potessero rilevare lesioni della colecisti e dei grossi tronchi biliari.

Rileva come sia patognomonica la comparsa di feci acoliche con ittero leggero e la eccessività del drenaggio laparotomico e la convenienza del drenaggio discontinuo paracentesico.

N. DELLA MANO (Milano). — *Ernie strozzate e peritoniti.* — In 12 anni nel padiglione di accettazione di Milano si operarono 2013 casi di ernie addominali strozzate di cui 78 complicate con peritonite diffusa. Fa considerazioni sulla sede dell'ernia, l'età, sulla frequenza della peritonite, sul periodo di tempo intercorso, ecc. Richiama l'attenzione sui pericoli del tassi e riferisce le diverse modalità usate nel trattamento operatorio e post-operatorio.

R. ALESSANDRI (Roma). — *Cura delle peritoniti da ulcera perforata gastro-duodenale.* — Sostiene la necessità della diagnosi precoce per il miglioramento dei risultati nel trattamento delle perforazioni da ulcere gastriche e duodenali, diagnosi che sui segni classici è in genere possibile, talora facile e sicura, e nei casi dubbi può trovare un elemento di certezza nella constatazione radiologica di aria libera nel peritoneo, specialmente sotto il diaframma o fra la faccia anteriore del fegato e il peritoneo.

All'operazione il reperto della perforazione viene facilitato dall'uso proposto da Gibson di una piccola quantità di sostanza colorante fatta ingerire al malato poco prima dell'intervento.

In genere ciò può non essere necessario, ma se la perforazione è puntiforme può facilmente sfuggire, e nel caso, certamente rarissimo, che è capitato a lui una volta di una perforazione duplice è di grandissima importanza.

Circa la cura sostiene l'uso, nei casi adatti, preferibilmente della resezione invece della gastrorrafia semplice o della sutura con affondamento e gastroenterostomia. Se non può dirsi che la resezione sia un'operazione più semplice e meno grave, occorre considerare che spesso anche la semplice sutura e l'affondamento di un'ulcera callosa nella cui prossimità la parete gastrica o duodenale può essere infiltrata, offre grandi difficoltà alla sutura, e se in questi casi, come quasi sempre succede, è da aggiungere una gastrodigiunostomia l'operazione diventa certamente non meno lunga e grave di una resezione fatta da un chirurgo sperimentato nella tecnica di questi interventi.

I vantaggi della resezione nel decorso ulteriore sono evidenti poichè nelle altre operazioni possono persistere disturbi, si sono abbastanza frequentemente osservate altre perforazioni o ulcere peptiche post-operatorie che a loro volta si possono perforare, e, nozione oggi acquisita appunto dalle più frequenti resezioni, la molteplicità delle ulcere è un altro argomento in favore delle resezioni, sempre s'intende che le condizioni generali e locali del malato e il tempo trascorso dalla perforazione la rendano possibile.

M. FASANO (Asti) — *Elementi complementari nella cura della peritonite.* — La cura diretta deve consistere nella rimozione della causa della peritonite e del pus raccolto nella cavità. Il drenaggio è quasi sempre limitato e posto nel Douglas e in contatto con il punto d'inizio della peritonite. Nel trattamento post-operatorio usa la proctoclisi con soluzione clorurata ipertonica talvolta impiegata anche per via endovenosa.

La rachianestesia ha spesso il vantaggio di dare un pronto svuotamento dell'intestino. Nei casi particolarmente gravi usa l'iniezione di siero (Heikoliseum) per via parenterale.

E. TICOZZI (Milano). — *Sulla peritonite biliare. Contributo clinico e statistico.* — Premessi i dati statistici che riguardano la percentuale di peritoniti biliari rispetto alle peritoniti in genere (1 su 70) e alle peritoniti d'origine perforativa (2,2 %) riporta 4 casi di peritonite biliare con tre guarigioni e un decesso.

Fa considerazioni in merito alla diagnosi che è sempre difficile, alla prognosi molto riservata e al trattamento. Ritiene la colecistectomia l'operazione ideale pur riconoscendo che in un terzo circa dei casi ci si deve limitare alla colecistostomia o al semplice drenaggio.

G. MENEGHINI (Foligno). — *Peritoniti acute da perforazione di ulcere gastro-duodenali.* — Dopo rapida rassegna delle odierne conoscenze sulla etiologia delle ulcere gastro-duodenali, riferisce la casistica delle peritoniti da perforazione da ulcere gastro-duodenali osservate nell'Ospedale di Foligno ed esamina i vari metodi di cura da seguire durante l'intervento operativo.

A. PELLEGRINI (Chiari). — *Sieroterapia delle peritoniti acute diffuse.* — Ha associato da vari anni alla cura chirurgica la sieroterapia riportando una impressione favorevole di questa associazione. Crede che occorra sempre nelle peritoniti acute diffuse associare la sieroterapia anche se non si ottengono già risultati eccezionali vantati da poco all'estero.

A. RALLO (Pola). —*Aspetti della reazione peritoneale nelle appendiciti acute.* — È fautore dell'intervento in qualsiasi momento dell'attacco appendicitico. Ha osservato come generalmente a processi gravi a carico dell'appendice, corrispondano alterazioni peritonitiche di grado più lieve di quelle che non si riscontrano quando le lesioni dell'appendice sono meno notevoli. Se il liquido peritoneale è negativo all'esame batterioscopico chiude completamente la parete altrimenti drena.

R. REDI (Siena). — *L'introduzione nella cavità peritoneale di sieri e di filtrati nella cura chirurgica della peritonite da appendicite.* — Usa immettere dopo l'atto operativo 30-50 cc. di Piosol (filtrato batterico) nel cavo peritoneale. Si ottiene così un notevole abbassamento della mortalità che dal 20 % scende al 15 %. Risultati anche migliori si otterranno associando anche filtrati di germi anaerobi.

L. SALICE (Genova). — *Ricerche sperimentali sull'azione delle soluzioni ipertoniche nelle peritoniti da perforazione.* — Mentre le soluzioni ipertoniche di glucosio non dimostrano nessuna efficacia, quella di cloruro di sodio determinano una sopravvivenza maggiore quando siano fatte precocemente.

S. SOLIERI (Forlì). — *Abolizione del drenaggio ed immissione di argento colloidale entro la sierosa peritoneale nella chirurgia settica addominale.* — Ha osservato vantaggi sicuri con l'immissione nel

peritoneo di 15-30 cc. di argento colloidale. L'O. è favorevole all'abolizione del drenaggio nelle appendiciti; drena nelle perforazioni, nella chirurgia delle vie biliari, non usa il drenaggio nella chirurgia ginecologica.

F. VIRGILLO (Nicastro). — *Contributo allo studio della peritonite da contusione dell'addome.* — Riferisce di 7 casi di contusione dell'addome con complicazioni viscerali e peritoneali. Richiama l'attenzione sopra un caso di peritonite traumatica senza rottura di visceri e insiste nella necessità dell'intervento precoce nei casi di contusione dell'addome che non siano accompagnati da shock.

A. ZAFFAGNINI (Poggio Rusco). — *Le peritoniti sperimentali in rapporto al trattamento chiuso o con drenaggio della cavità addominale.* — Nei casi all'inizio il trattamento aperto o chiuso porta a guarigione. Nella fase di peritonite conclamata il trattamento aperto è da preferirsi a quello chiuso.

A. VITALE (Roma). — *Peritoniti e modificazioni numeriche delle piastrine.* — Appena insorta la peritonite si osserva una piastrinosi, dopo 24-48 ore una piastrinopenia che si accentua con l'aggravamento delle condizioni generali. Se la peritonite risolve il numero delle piastrine aumenta in modo da dare un buon criterio prognostico.

P. STEFANINI (Roma). — *Ricerche sul potere di assorbimento del peritoneo, con mezzi opachi.* — Ha usato l'uroselectan. Dopo vario tempo e a seconda della sede di assorbimento, il liquido opaco si rinviene in vescica. Si confermano con questo mezzo, le nozioni già note intorno all'assorbimento del peritoneo.

Seduta antimeridiana (20 *ottobre*).

F. ROSSI (Milano). — *Peritoniti da perforazione di ulcera gastro-duodenale.* — 39 casi di cui discute specialmente la sintomatologia e la diagnosi differenziale. Mortalità del 21,95 %. La perforazione venne suturata accuratamente associando o no la gastro-enterostomia.

F. ZAGARESE (Parma). — *Contributo allo studio dell'assorbimento da parte del cavo peritoneale.* — Dalle sue ricerche risulta che la introduzione di etere e trementina prima aumenta poi diminuisce la velocità di assorbimento. La glicerina e la formalina la diminuiscono.

C. LORENZETTI (Milano. — *Alcune considerazioni sulla casistica delle peritoniti acute da appendicite della R. Clinica Chirurgica di Milano.* — Ne trae deduzioni riguardo alla necessità dell'intervento precoce; riguardo alle risultanze dell'esame batteriologico, al trattamento aperto o chiuso, alla frequenza ed al contegno da adottare nelle varie complicazioni post-operatorie.

A. PEZCOLLER (Milano). — *Contributo allo studio del cole-peritoneo sperimentale.* — In base a 36 esperienze praticate conclude che il versamento di bile sterile nel peritoneo provoca la morte dell'animale in esperimento per le gravi lesioni epatiche e renali determinate dall'assorbimento dei componenti biliari.

G. POZZI (Milano). — *La causa mortis nella peritonite biliare.* — Lesioni parenchimali dipendono dall'azione tossica dei componenti biliari assorbiti dal peritoneo nell'organismo. Le lesioni sono più gravi a carico del rene e del fegato: la fisionomia del quadro morboso e la forma mortis può paragonarsi a quella di un blocco epatorenale.

G. ROTOLO (Milano). — *Sull'influenza dell'emoperitoneo nello sviluppo della peritonite acuta da ferite sperimentali del tubo gastro-enterico.* — L'emoperitoneo esercita un'azione favorente sulla peritonite; la gravità della associazione è tanto più manifesta quanto più la ferita del canale intestinale è situata verso il basso.

P. CAZZAMALI (Milano). — *Contributo allo studio batteriologico delle peritoniti acute.* — Nelle prime ore l'essudato è sterile e gli aerobi precedono gli anaerobi. Nelle appendiciti ha trovato di solito il coli: nelle perforazioni gastriche nelle prime 6 ore il liquido peritoneale è sterile. Nella patogenesi bisogna dare importanza alle associazioni microbiche.

F. GRIFI (Verona). — *Peritonite acuta circoscritta di origine ombellicale.* — Illustra un caso clinico di peritonite da un ascesso ombelicale guarito con l'onfalectomia e il drenaggio.

L. CAPPELLI (Ancona). — *Alcune considerazioni sul trattamento delle peritoniti acute.* — È fautore della resezione nelle perforazioni gastro-duodenali. Nell'appendicite acuta senza perforazione e pus chiude il peritoneo; negli altri casi drena con garza. Nell'ascesso appendicitico in primo tempo si limita a drenare il pus. Non è partigiano dell'intervento immediato dopo la seconda giornata nelle forme circoscritte.

O. MARGARUCCI e A. PANAGIA (Roma). — *Statistica e brevi osservazioni sui casi di peritonite acuta occorsi durante il periodo 1921-1931 nel II Padiglione chirurgico del Policlinico Umberto I.* — 462 casi di peritonite di cui riferisce sulla classificazione sul trattamento e sui risultati avuti. È fautore dell'intervento sollecito del trattamento causale e del drenaggio meno nei casi circoscritti e di lieve entità delle lesioni peritonitiche. Non ha avuto risultati buoni dall'enterostomia nella cura del meteorismo da peritonite.

Discussione della Relazione.

CHIASSERINI (Roma). — Ricorda tra le sindromi peritonitiche quelle dovute ad ematomi retroperitoneali in emofilici. Nelle perforazioni da ulcere gastriche è fautore della resezione. Ritiene che la morte nel coleperitoneo sia dovuta a riassorbimento di sali biliari. Nelle forme da appendicite le più gravi sono quelle con essudato putrido; in questi casi ha avuto buoni risultati con l'Anticoli Serum.

A. PELLEGRINI (Chiari). — Si interessa particolarmente dell'indagine radiologica nelle peritoniti acute. Afferma e illustra l'importanza di questa ricerca che riesce innocua nei malati anche gravi. Tale ricerca deve essere estesa sistematicamente in tutte le affezioni addominali acute. Per quanto riguarda la perforazione tifosa bisogna insistere nel propagandare la necessità di una diagnosi e di un intervento precoce. Forse ciò può essere ottenuto con l'aiuto dei radiologi.

FASIANI (Padova). — Elogia la relazione in cui vede onorato nel modo migliore il defunto prof. Rossi di Milano. Indica come l'intervento precoce rappresenti l'obbiettivo più importante e il risultato migliore nella cura delle peritoniti. Illustra dati diagnostici ed operativi.

SGAMBATI (Roma). — Insiste sulla importanza diagnostica della reazione specifica sulle orine nelle peritoniti acute. I risultati dubbi sono dovuti a fatti di debole reazione da parte del peritoneo o da errata tecnica ed errata osservazione.

N. BEDARIDA (Vasto). — Si sofferma particolarmente sulle peritoniti traumatiche di cui illustra casi molto interessanti.

G. BAGGIO (Cagliari). — Fa notare che la ragione della mancanza di cicatrizzazione nelle perforazioni del tubo gastro-enterico suturate è imputabile al ristagno del contenuto e per tale ragione consiglia l'applicazione della sondina gastrica a permanenza. Per evitare i laparoceli postoperatori dopo drenaggio nelle peritoniti da appendicite consiglia l'incisione a lembi da lui proposta.

SBROZZI (Fano). — Insiste sul trattamento chiuso nelle peritoniti conclamate (70 casi su 81). I risultati ottenuti col trattamento chiuso sono superiori a quelli ottenuti con drenaggio.

PUGLISI ALLEGRA (Messina). — Nelle prime ore è fautore della resezione nelle perforazioni gastro-duodenali. Dopo le 12 ore procede subito alla gastro-enterostomia, poi chiusa la ferita laparotomica mediana fa una seconda incisione sotto l'arco costale a destra e sutura la perforazione drenando poi la loggia sottoepatica. Su 18 casi così trattati ha 14 guarigioni. Nell'applicare la gastro-enterostomia non usa gli enterostati.

CIMINO (Palermo). — Ricorda un caso di perforazione da paratifo che mentiva una peritonite di origine appendicolare. Insiste sulla necessità di indagini sierologiche sistematiche.

M. RONZINI (Bari). — La rachianestesia ha il vantaggio di determinare nel peritoneo l'apertura dell'alvo. La R. A. non va applicata negli ipotesi.

M. DONATI (Milano). — Rileva la vastità del tema. Nelle peritoniti traumatiche nella prima fase il peritoneo è solo contaminato e tolta la causa di infezione si ha la guarigione. È differente invece l'esito quando il malato sia trattato nella fase di peritonite vera e propria. Nella prima fase se si tratta di perforazione da ulcera gastrica pratica la resezione come l'appendicectomia nell'appendicite perforata o l'annessectomia in una annessite purulenta e perforata. Nella seconda fase le operazioni lunghe e indaginose aggravano le condizioni dell'ammalato e sono da evitarsi.

Applica l'anestesia rachidea quando la pressione sanguigna non sia ancora abbassata; in questi casi è bene dare la preferenza all'anestesia epidurale, a quella coi gas, all'anestesia locale.

Nell'ulcera perforata dello stomaco la sutura semplice della perforazione è una cattiva operazione. La sutura invece va praticata dopo recentazione della perforazione associando una gastroenterostomia.

L'esame radiologico è utilissimo in molti casi sia per la diagnosi che per la sede ed estensione della peritonite.

Esita ad accettare l'enterostomia sull'ileo; ritiene inutile la gastrostomia. Per quanto riguarda il drenaggio non crede che si possano fare confronti fra trattamento chiuso e aperto, tutt'al più si può dire che anche estendendo il trattamento chiuso si possono ottenere ottime percentuali di guarigione. Crede adatto il drenaggio alla Mikulicz nelle peritoniti pelviche, meno nelle altre sedi, in cui usa un tubo di gomma e una striscia di garza. In tema di drenaggio occorre essere eclettici, come regola pratica generale si potrebbe dire che nelle prime dieci o dodici ore si deve chiudere, poi drenare. Conclude che la cura delle peritoniti acute deve avere per base il trattamento diretto o indiretto delle lesioni primarie che a seconda del tempo intercorso può o no essere curata radicalmente.

La peritonite non esige di regola un trattamento proprio nella fase primaria, nella fase secondaria occorre sia trattata (collargolo, drenaggio).

Seduta pomeridiana (20 *ottobre*).

Presiede il prof. ALESSANDRI.

Comunicazioni varie.

G. IESU (Napoli). — *Ricerche sulle alterazioni arteriose consecutive a simpaticectomia chimica.* — Ha usato la tecnica di Doppler. I processi conseguenti sono meno intensi di quelli provocati dalla simpaticectomia secondo Leriche e dopo un mese circa si ha la *restitutio ad integrum.*

P. PANNELLA (Bari). — *Sul tamponamento delle ferite degli organi parenchimatosi con muscolo pettorale di pollo crudo e cotto.* — Le proprietà emostatiche sono più evidenti col muscolo bollito e triturato nè si dimostra tossico.

V. GHIRON (Roma). — *Sull'azione di alcuni fermenti proteolitici sullo sviluppo di tumori sperimentali.* — Con tali fermenti estratti col metodo di Hedin ha ottenuto numerose volte la riduzione del tumore o l'arresto di sviluppo del tumore stesso.

R. PANDOLFINI (Roma). — *Alterazioni cutanee recenti e tardive da raggi X e da raggi infrarossi. (Ricerche sperimentali).* — I raggi X ritardano la normale evoluzione del processo di cicatrizzazione mentre i raggi infrarossi la favoriscono. In base a esami istologici accurati che ha praticato attri-

buisce ciò specialmente alla lesione di elementi endoteliali, alle alterazioni vasali e alla distruzione di elementi cellulari.

UFFREDUZZI (Torino). — Oltre a una irradiazione distruttiva esiste una stimolante i fatti di proliferazione riparativa.

ALHAIQUE (Napoli). — Ha ottenuto risultati favorevoli nel cancro della mammella irradiando il campo operatorio dopo l'asportazione del tumore e prima di chiudere la ferita. Questo metodo è stato poi abbandonato perchè ritardava la cicatrizzazione delle ferite e favoriva il suo inquinamento.

F. MARCHINI (Recanati). — Nuova pinza per emostasi profonda. Descrive i vantaggi della nuova pinza a manici smontabili che presenta.

L. CARMONA (Palermo). — *Ricerche sulla glicemia in animali bloccati.* — Con l'inchiostro di China nella grande maggioranza dei casi si verifica una diminuzione mentre introducendo trypanblau si ottiene alcune volte diminuzione ed altre aumento.

A. CALÒ (Roma) — *La cancerizzazione dei tessuti in vitro.* — Il trapianto delle colture trattate in vario modo non diede mai luogo allo sviluppo di un tumore maligno per quanto le culture dimostrino una trasformazione in senso neoplastico.

A. SPINELLI (Reggio Calabria). — *Contributo sperimentale clinico sulla ipertermia post-operatoria nel morbo di Flaviani-Basedow.* — Ammette l'esistenza di un ormone tiroideo che regola la temperatura, la respirazione e la circolazione. Alla perdita di questo ormone si devono le alterazioni osservate.

C. LORETO (Roma). — *Sulla modificazione della costituzione fisico-chimica del siero di sangue in rapporto alla fagocitosi per il bacillo di Koch.* (Ricerche sperimentali in vitro). — La fagocitosi dei leucociti umani è favorita dalla presenza di siero animale trattato con soluzione iperviscosa di gelatina.

M. BATTAGLIA (Napoli). — *Cura della tubercolosi muscolare ematogena con il bacillo selezionato e stabilizzato.* — Riferisce di un caso che in tre mesi di cura iniziò la guarigione.

O. MARRONI (Roma). — *La vaccinazione medicata nella tubercolosi.* — Illustra risultati clinici.

C. CAVINA (Bologna). — *60 neurotomie retrogasseriane per gravi nevralgie essenziali del trigemino.* (Note di tecnica operatoria e risultati). — Metodo di Adson. Seziona tutta la radice per evitare recidive. Anche la sezione della radice motoria è ben compensata. Crede che la causa della cheratite neuroparalitica sia dovuta essenzialmente a traumatismi del ganglio che si devono evitare. Non ha avuto mortalità.

A. CHIASSERINI (Roma). — Ricorda casi personali. Risparmia la radice motoria e le fibre della prima branca, perchè crede rara la nevralgia di questa.

R. PAOLUCCI (Parma). — In un caso guarito con la sezione periferica della II e III branca notò la comparsa di una nevralgia nella prima branca.

A. CHIASSERINI (Roma). — *Cordotomia per dolori lancinanti in tabetico.* — Riferisce un caso operato con buon risultato. Descrive la tecnica e i vantaggi della cordotomia rispetto alla rizotomia.

F. RABBONI (Palermo). — *Su un caso di tumore misto della parotide accessoria.* — Descrive il caso rarissimo e fa considerazioni sulla patogenesi, sulla difficoltà della diagnosi.

M. ASCOLI (Roma). — *Sulla cura degli empiemi cronici.* — Insiste sulla necessità di non aprire gli empiemi tubercolari che dovrebbero venir trattati con l'aspirazione. Se sono aperti per lo più occorre eseguire delle toracoplastiche. In alcuni casi ribelli ha ottenuto la guarigione con la resezione parasternale e paravertebrale delle prime sei costole e con l'operazione secondo Schäde della metà inferiore. Illustra con radiografie i risultati ottenuti.

(Continua). P. VALDONI.

I° Congresso internazionale d'igiene mediterranea.

(Marsiglia, 20-24 settembre 1932).

Questo Congresso internazionale, organizzato sotto gli auspicî della Facoltà di medicina di Marsiglia e sotto la presidenza del prof. Marchoux, dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha riunito numerosissimi clinici e igienisti del litorale mediterraneo per la discussione dei cinque interessanti temi posti all'ordine del giorno e di altri argomenti vari in materia di epidemiologia e di igiene generale.

L'Italia intervenne, oltre che con una speciale delegazione presieduta da S. E. l'accademico prof. De Blasi, anche con un rilevante numero di aderenti individuali della penisola e delle nostre Colonie mediterranee.

Il Congresso fu tenuto sulla suggestiva collina del Pharo che domina l'entrata del porto, nella sede della Facoltà e precisamente nel grande anfiteatro della Scuola di Anatomia.

Il martedì 20 settembre, dopo una breve seduta inaugurale, presieduta dal Ministro della Sanità Pubblica, J. Godart, s'iniziò subito la discussione del primo tema su « *la spirochetosi spagnola* ». Il relatore SADI DE BUEN, che, nel 1922, ebbe a fare in Spagna le prime osservazioni e nel 1924 i primi esperimenti di trasmissione agli animali, dimostra come la malattia sia recata all'uomo non dal pidocchio, ma da una zecca, l'*Ornithodorus erraticus* (identico all'*O. marocanus*), quale vettore del *Treponema hispanicum*, che si deve riconoscere molto vicino al *Tr. duttoni*, ma differenziabile da questo con le reazioni immunologiche.

La malattia colpisce specialmente i giovani di sesso maschile e per lo più i campagnoli per i più facili rapporti con l'*Ornithodorus*. Probabilmente i roditori sono i serbatoi del virus, ma l'*O.* si può ritrovare su animali diversi. La malattia dura a lungo, con quattro, cinque e anche più periodi febbrili, a durata scalare; guarisce spontaneamente. In alcuni colpiti si osserva una lesione iniziale d'inoculazione, dato dalla puntura dell'*Ornithodorus*.

Per gli italiani portò un contributo alla que-

stione il FRANCHINI, illustrando i rari casi di febbre ricorrente nelle colonie italiane del Nord Africa e la presenza in quelle località di differenti *Ornithodorus* vettori del virus, trattenendosi particolarmente su un *O.* da lui studiato, l'*O. Franchini*, che determina lesioni cutanee e che, secondo il Franchini stesso, è con ogni probabilità l'agente della « febbre da punture di zecche ».

Contributi sulla spirochetosi spagnola furono portati anche da MATHIS e DURIEUX, da JORGE, mentre CAMINOPETROS illustrò la spirochetosi ittero-emorragica in Grecia.

NICOLLE riassunse la questione, dimostrando l'esistenza nel bacino mediterraneo di due febbri ricorrenti: quella epidemica o mondiale, trasmessa dal pidocchio e la febbre ricorrente spagnola o meglio ispano-africana, trasmessa dall'*Ornithodorus*, la quale ultima si osserva in tutta la zona di diffusione di questa zecca, dalla Spagna all'Egitto. La cavia è sensibile all'inoculazione del sangue di malati della seconda forma, insensibile alla prima.

Altri argomenti d'igiene mediterranea furono trattati nella stessa sedua.

Ricordiamo tra i molti oratori HECKENROTH il quale illustrò in una interessante sintesi riassuntiva, ma completa, tutta la patologia del bacino mediterraneo, dimostrandone la fisionomia tutt'affatto particolare sotto alcuni aspetti.

Nella seduta del mercoledì 21 fu discusso il tema *Febbre ondulante*, relatore BURNET. La bella relazione, densa di fatti e di osservazioni, mal si presta ad essere riassunta. Essenzialmente il relatore sottopose ad un esame d'insieme la questione « già vecchia ma oggi più viva che mai » dei rapporti tra *Brucella melitensis* e *B. abortus* (*bovis*). Tutte le argomentazioni e i criteri già addotti per la distinzione dei due tipi sono stati vulnerati da due fatti nuovi: la scoperta del *B. abortus suis*, patogeno per l'uomo e per la scimmia e il riconoscimento dell'attitudine delle Brucelle a passare da una specie animale all'altra. Si è resa perciò necessaria la ricerca di altri criteri differenziali, tra i quali sembrano oggi più accetti i metodi di Huddleson (produzione di H^2S e azione « batteriostatica » dei diversi colori), non essendo più possibile, per il loro carattere migratorio, definire le brucelle secondo la provenienza. Solo col tempo la complessità delle osservazioni consentirà conclusioni e classificazioni definitive.

Le comunicazioni che si succedettero di J. VIDAL e TAYLOR, di JULLIEN e DUCATTE, di GIRAUD e di altri misero in evidenza la diffusione della f. ondulante in Francia e l'esistenza di essa anche in dipartimenti ritenuti indenni, nonchè la presenza di forme occulte, cioè di semplici portatori. TANON e NEVEU illustrarono invece i caratteri clinici che secondo essi differenziano la f. ondulante da micrococco di Bruce e la forma da b. di Bang.

Seguirono nel pomeriggio interessanti comunicazioni sulla *leishmaniosi*, con il contributo italiano di FRANCO (per la *l.* in Sardegna), di FRANCHINI e di MAZZOLANI per la *l.* nelle colonie italiane del Nord Africa. Quest'ultimo in modo particolare s'intrattenne sulla *l.* viscerale infantile in Tripolitania, dimostrando poco probabile il contagio umano o canino, più probabile la diffusione a mezzo della cimice o di altro vettore a piccolo raggio di azione.

La seduta di giovedì 22 s'iniziò con la relazione di BLANC sulla *Dengue*.

Il relatore, dopo di aver riassunto la storia della malattia, la sua sintomatologia, le alterazioni sanguigne e l'epidemiologia, si intrattenne particolarmente sulla etiologia, sulla natura del virus e sulla dengue sperimentale nell'uomo e negli animali, dimostrando che la malattia è legata strettamente alla presenza della *Stegomyia.* Perciò predilige i porti di mare, i delta, le coste. Le stegomie s'infettano pungendo l'uomo nei primi giorni di malattia: il virus è filtrabile, si conserva anche due mesi nel siero estratto da malati. La profilassi della dengue si riassume nella lotta contro le stegomie e nella vaccinazione preventiva. Questa dev'essere fatta però con un virus ancora vivente; secondo BLANC e CAMINOPETROS con un virus biliato — siero di malati e non di convalescenti — a 1/20 (proporzione di bile che non uccide il virus) o meglio con doppia vaccinazione. E cioè con una prima iniezione di virus biliato inattivo (a 1/15) e, dopo quindici giorni, con una seconda iniezione di virus biliato attivo (a 1/20).

Dopo una importante discussione sul tema e una comunicazione di BROQUET sull'utilità degli accordi internazionali in casi di epidemia di dengue, furono fatte nella stessa giornata altre comunicazioni sulla bilarziosi, sulla malaria, sul vajuolo e sulle infezioni tifoidi. Sull'ultimo argomento, di particolare interesse fu quella di HAUDUROY sulla probabile importanza delle forme filtranti di bacilli tifici e paratifici nella etiologia di queste infezioni. Queste forme filtranti si troverebbero nel sangue (all'inizio) e nelle feci dei malati (durante tutta la malattia), ma anche nelle acque Le febbri tifoidi sarebbero dunque causate non dal b. di Eberth nella sua forma visibile, ma da un'altra forma invisibile?

La seduta del venerdì 23 fu dedicata alla lotta contro i roditori e gli insetti, alla peste, alla lepra e al tracoma.

Di una lucidità ammirevole e prospettante tutti i problemi relativi fu la relazione LUTRARIO — delegato italiano all'Ufficio internazionale d'igiene — *sui procedimenti moderni di derattizzazione delle navi.*

Il relatore riunisce in due grandi classi i processi di derattizzazione: processi principali e processi ausiliari, suddividendo poi, a loro volta, i principali in due categorie a seconda che tendono allo sterminio massivo dei ratti o alla preservazione da essi (rat-proofing).

Nella prima categoria sono compresi i gas tossici (o, come il relatore preferisce dire, le fumigazioni) tra i quali considera particolarmente l'anidride solforosa, l'ossido di carbonio e sopratutto l'acido cianidrico, del quale ultimo si ferma a considerare i pregi ed insieme le difficoltà d'applicazione. Si devono sempre preferire le fumigazioni a stiva vuota, anzichè carica

Ma anche con le più accurate e più efficaci fumigazioni qualche topo può sopravvivere. Da ciò il maggior valore che oggi si tende a dare al procedimento del *rat-proofing* (a prova di topo). Il metodo è complesso e riguarda, per primi, i co-

struttori delle navi con la soppressione o quanto meno protezione di tutti gli spazi morti, ma anche gli equipaggi, dei quali è indispensabile la collaborazione costante. Pertanto il relatore preconizza l'istituzione a bordo di una nave di squadre di derattizzatori.

Tra i processi ausiliari vanno ricordati i vari veleni dei topi, i processi meccanici, quelli biologici (virus microbici), gli animali antagonisti. Ma questi procedimenti non possono avere che azione circoscritta.

Nella discussione, che seguì alla interessante relazione, va ricordato HEDERER, il quale sostenne la necessità di tener presenti nelle derattizzazioni delle navi la legge della concentrazione dei veleni, quella del tempo d'azione e quella dell'elettività.

Si ebbero poi nella stessa seduta comunicazioni varie sulla peste e sulla vaccinazione antipestosa — che, secondo DUJARDIN-BEAUMETZ, dimostra buoni risultati —; sul tracoma, sulla lepra e sulle malattie veneree, con relativa discussione sulla questione sempre aperta tra abolizionisti e regolamentaristi.

La seduta del sabato 24, riservata al tema « *la febbre esantematica mediterranea* » fu tra le più interessanti, e, per i congressisti italiani, quella che suscitò le più favorevoli impressioni e le maggiori soddisfazioni.

Relatore fu il prof. D. OLMER, il quale, dopo aver illustrato con grande competenza la storia, l'epidemiologia, la patologia ormai ben nota della febbre esantematica mediterranea, i rapporti con le forme affini e le questioni connesse ed avere posto in rilievo alcuni punti che attendono maggiore precisazione, giunse alla conclusione che la f. e. deve differenziarsi dal tifo esantematico essenzialmente: per la sua comparsa in estate, per la possibilità di colpire tutte le classi sociali e senza l'intervento del pidocchio, per l'intervento, come agente di trasmissione, di una zecca (*Rhipicephalus sanguineus*), per l'assenza di un vero stato tifoso nei colpiti, per la sua benignità, per la non trasmissibilità alla cavia e per i reperti negativi d'immunità crociata.

Il prof. NICOLLE, che presiedeva la seduta, portò alla questione il contributo della sua esperienza al riguardo, dimostrando che si possono riscontrare sul Mediterraneo tre forme diverse di febbri esantematiche: il tifo esantematico « *storico* », il tifo benigno o murino, la febbre bottonosa (con la quale si deve identificare la febbre esantematica del litorale). I metodi di laboratorio mostrano le diversità dei tre virus; ma il termine febbre esantematica deve riconoscersi ormai stabilito a designare una famiglia naturale di malattie delle quali il tifo *storico* è il tipo.

Degli italiani, parlò per primo sull'argomento PECORI, il quale, prendendo occasione dai casi della così detta f. e. che si osservano in estate a Roma (e che per la possibilità data ai congressisti di esaminare un malato della regione Marsigliese fu da lui potuta riconoscere del tutto identica a quella che si riscontra a Roma), confutò tutte le argomentazioni che mirano a separare troppo nettamente il virus tifico classico dai virus che sono causa di numerose forme esantematiche simili, descritte da osservatori molteplici delle più diverse parti del mondo, per concludere che le varie forme si devono ritenere dovute a virus discendenti originariamente da un virus unico, cioè dal vero virus tifico, ma trasformatisi in seguito attraverso climi, ospiti e vettori diversi.

Il prof. NICOLLE subito dopo la comunicazione PECORI si alzò per pronunciare nobili, simpatiche e commoventi parole sul contributo dell'Italia nelle questioni scientifiche. Le gradite espressioni del venerato Presidente, che sollevarono l'entusiasmo dell'assemblea, ebbero riscontro in elevate parole di ringraziamento dette, a nome dell'Italia, da S. E. DE BLASI, presidente della Delegazione Italiana.

Sull'importante argomento riferirono anche, tra gli italiani, CASTRONUOVO, a proposito di alcuni casi di f. e. osservati a Napoli, CANNAVÒ, il quale, prendendo occasione da casi verificati in Sicilia, s'intrattenne su alcuni reperti differenziali di laboratorio ed istologici. Meritarono poi particolare attenzione dell'Assemblea i dati riferiti da BONCINELLI sull'infezione inapparente del cane, sulla positività della reazione di Weil-Felix in questo animale, sulla possibilità di dimostrare la sensibilità della cavia al virus della f. e.

Ma contributi notevoli furono portati anche da molti altri osservatori francesi e di paesi diversi. Ricorderemo tra questi JORGE (Portogallo) il quale, pur sostenendo l'indipendenza epidemica della f. e. rispetto al tifo esantematico, al tifo benigno e alle forme simili, non mancò di notarne le affinità; COMBIESCU sulla f. e. in Rumania; GAUD sulla f. bottonosa al Marocco; CAMINOPETROS sulla f. bottonosa in Grecia; PIÉRI e MOSINGER (Francia) sull'anatomia della papula esantematica; JOYEUX e PIÉRI sugli animali serbatoi del virus della f. e.; LÉPINE sull'origine murina del t. e. benigno dei paesi mediterranei, ecc., ecc.

Di speciale interesse furono infine le comunicazioni di MARCANDIER e PIROT e di PLAZY e GERMAIN a proposito del tifo endemico benigno osservato a Tolone. Questi ultimi conclusero che le ricerche sperimentali orientano sempre più la f. e. verso le infezioni del gruppo tifo esantematico, e che al tifo benigno dovranno riferirsi « tutte le malattie a carattere esantematico per le quali alcune particolarità cliniche o sperimentali appaiono attribuibili unicamente alle modificazioni che, attraverso il tempo, i serbatoi di virus o i vettori differenti hanno potuto imprimere al virus originale » (1).

E la Commissione, nominata per riassumere le diverse questioni prospettate nella discussione dell'argomento, pur ritenendo di dover conservare per la malattia esantematica mediterranea la denominazione di « *febbre bottonosa* », riconobbe che essa e tutte le forme similari debbono riportarsi al gruppo tifo esantematico.

Con l'approvazione di questo voto e degli altri riferibili ai temi dei giorni precedenti e con la discussione di comunicazioni numerose anche su altri argomenti (tra le quali interessantissima quella fatta da S. E. DE BLASI a nome del suo aiuto ASCIONE e del prof. MARIOTTI, sulla filtrabilità del virus malarico), si chiuse questo Congresso al quale gli italiani portarono contributi meritatamente riconosciuti e che designò l'Italia a sede, nel 1935, del futuro Congresso

P. G.

---

(1) Tale punto di vista era stato già sostenuto da PECORI nello stesso Congresso e anche su questo periodico. (Policlinico, sez. prat., 1932, n. 35).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Paratifo B con meningite in un poppante.

Th. Anderson (*The Lancet*, 23 gennaio 1932) riferisce il caso seguente. Un bambino di 5 settimane viene ammesso in ospedale. Era stato bene fino alla terza settimana, poi incominciò ad avere vomiti dopo la poppata ed a rifiutare il seno. Scariche acquose e verdi; sui 14 giorni di vita aveva avuto un'eruzione non ben definita. Poco prima di entrare in ospedale, tosse grave.

All'esame, si riscontra bronchite generalizzata, senza consolidazione polmonare. Feci puzzolenti, verdi; temperatura 39°,2, polso 148, respiri 48. Dopo 5 giorni, fenomeni di meningite: si estraggono 20 cmc. di liquor purulento, all'esame del quale si riscontra un bacillo pleomorfo non resistente al Gram, che il successivo studio dimostra essere il paratifo B. Morte del bambino 12 ore dopo la puntura lombare. All'autopsia, congestione delle meningi; le sezioni istologiche dimostrano la presenza di un bacillo pleomorfo gram-negativo.

Nessuno era stato malato, fra le persone che circondavano il bambino. Siccome esso era stato nutrito anche con preparati alimentari, si sono sospettati questi come veicolo dell'infezione. Però, il fatto che il siero di sangue della madre agglutinava a forti diluizioni il para B ed il germe isolato dal bambino (il sangue del padre era negativo) fa ritenere che essa abbia avuta un'infezione paratifica e che abbia infettato il bambino. *fil.*

La tifoide nel poppante.

È molto rara; Reinhardtova (*Paris méd.*, 27 agosto 1932) ne riporta 4 casi. Il quadro clinico e l'evoluzione sono atipiche e soltanto la sieroreazione afferma la diagnosi. Il polso è frequente, la curva termica non ha nulla di caratteristico; roseola e splenomegalia incostanti. Si può avere costipazione all'inizio; in seguito, le feci diventano liquide e mucose. Nei casi osservati dall'A. non è stato riscontrato il bacillo di Eberth nel sangue e la formula leucocitaria non aveva nulla di caratteristico.

La prognosi è buona, la terapia si limita a prescrizioni dietetiche.

L'A. consiglia che, in ogni caso di malattia febbrile prolungata con modificazioni delle feci e dimagrimento, di fare la sieroreazione che può chiarire la diagnosi. *fil.*

L'obesità nel lattante.

Dopo aver preso in considerazione il fenomeno dell'obesità, nei suoi limiti, minimo e massimo, dopo aver ricordato i pochi casi di obesità mostruosa o grande obesità esistenti nella letteratura, il prof. Cozzolino (*Il Lattante*, agosto 1932) riporta quattro casi di sua osservazione, di piccole e medie obesità in lattanti (2 di sesso maschile e 2 femminile), discutendo la patogenesi dei suddetti casi.

L'A., in base alle sue osservazioni, viene ad escludere che il sesso femminile sia l'unicamente colpito, accettando così non la denominazione del Pende di « matronismo precoce », ma piuttosto quella di A. Ferrannini, che parla di « maturità precoce ». Nei 4 casi esposti il prof. Cozzolino cerca di spiegare lo stato di obesità ammettendo che in un determinato periodo della vita si sia stabilito un iperfunzionamento di un complesso endocrino e cioè del complesso cortico-surrene-ipofisario, al quale si può poi sostituire gradatamente quello tiroido-epifiso-genitale, riportando al normale l'equilibrio ormonico.

Lo stadio di obesità non sarebbe quindi definitivo nello sviluppo, ma con il ristabilirsi dell'equilibrio ormonico si avrebbe un ritorno allo sviluppo normale o magari subnormale, ed eventualmente persino il passaggio dalla obesità alla magrezza. C. NERVI.

Il trattamento della magrezza nei bambini.

J. Comby (*La Presse médicale*, 25 giugno 1932) si occupa della magrezza dei bambini grandicelli e degli adolescenti. Oltre alla magrezza consecutiva ad una malattia acuta e quella connessa con l'anoressia mentale nelle giovanette che temono di ingrassare troppo, esiste un tipo di magrezza, senza disturbo viscerale apparente, senza malattie nervose nè alterazioni del sangue. Per quanto riguarda l'apparecchio digerente, si trovano talora dilatazione gastrica, costipazione, sensibilità anormale nella regione di McBurney (appendicite cronica). È abituale la micropoliadenia, senza che la cutireazione o la radioscopia rivelino nulla di specifico. L'appetito è, di solito, diminuito. Quando si possano escludere la tubercolosi o l'appendicite cronica, l'eziologia della magrezza appare assai vaga e si è ridotti ad una medicazione sintomatica.

1) Igiene generale, aereazione permanente, elioterapia od attinoterapia; sconsigliabile il mare per i bambini nervosi. Coricarsi presto, alzarsi tardi, dormire con la finestra aperta.

2) Alimentazione sostanziosa e varia secondo i gusti del bambino, quando sono razionali. Carni arrostite, ai ferri, prosciutto, pesce, una volta al giorno; insistere sui farinacei e zuccherini, pane tostato o crosta, pane completo. Mangiare lentamente, masticare bene; bere acqua o vino senza alcool.

3) Idroterapia calda; versando acqua a 38°-40° sul bambino ogni mattina; frizioni secche, mattino e sera, sulle parti carnose con un guanto di crine (può farle lo stesso bambino, se abbastanza grande).

4) Un bagno alla settimana, a 36°-37°, per 15-20 minuti, con una miscela di sali cloro-bromo-jodurati.

5) Prendere prima dei pasti, per 10 giorni e 2 volte al giorno, un cucchiaino da caffè di: Arseniato di sodio cg. 2, in acqua bollita g. 100.

6) Nei 10 giorni seguenti, una delle seguenti cartine, in un cucchiaio di acqua zuccherata od in un po' di marmellata:

Magnesia calcinata, cloruro di sodio ana cg. 10, carbonato di calcio, fosfato tricalcico ana cg. 20. Da prendere prima dei pasti.

7) D'inverno, olio di fegato di merluzzo, per i bambini che lo tollerano (un cucchiaio).

In Oriente, viene usato il seme di fieno greco.

Utile può essere la psicoterapia; agire con la persuasione ed, in caso d'insuccesso, esigere l'isolamento dall'ambiente familiare. Nei casi ribelli, iniezioni d'insulina (10-20 unità).

fil.

Sulla vaccinazione profilattica contro la varicella.

S. Barberi e F. Rutini (*La Pediatria*, 15 luglio 1932), mettono in evidenza la opportunità di trovare un mezzo sicuro di profilassi della varicella, in quanto questa malattia in generale lieve, può assumere, specie nella collettività e nei bambini defedati od ammalati, un decorso grave, e una diffusione preoccupante.

Poichè i comuni mezzi di profilassi si sono dimostrati finora di scarso valore, gli AA. hanno creduto opportuno controllare il metodo di vaccinazione di Késmarszky, che pare abbia dato al suo inventore ottimi risultati.

Il metodo consiste nell'iniezione per via intradermica di cc. 0,10 di sangue citratato al 5 % prelevato dall'ammalato entro le prime 24-36 ore dell'eruzione.

Furono vaccinati, con questo metodo 63 bambini della Clinica pediatrica di Bari e dell'annesso Ospedale dei bambini, in 3 epidemie verificatesi. Di questi bambini 7 furono vaccinati 2 volte. Dei 63 casi trattati, 4 soli ammalarono di varicella, e 3 presentarono una lieve reazione locale di breve durata. Nei pochi casi in cui si ebbe varicella, questa fu lievissima e senza complicanze.

Il suddetto metodo di vaccinazione appare attivo (immunizzò nel 92,9 % dei casi), di semplice tecnica, può essere impiegato anche a distanza dal datore in quanto il sangue può essere conservato in ghiacciaia, per 48 ore. Esso conferisce una immunità che pare duri per oltre un anno.

C. NERVI.

La sieroterapia nel periodo preparalitico della poliomielite.

Sulla utilità della somministrazione del siero antipoliomielitico a malati già entrati nel periodo paralitico, i resultati furono contraddittorii, fino a quando le ricerche negative di Neal fecero abbandonare quasi del tutto tale metodo terapeutico.

Il trattamento sierico effettuato nel periodo preparalitico dava intanto luogo a risultati ritenuti, dai più, favorevoli; ma queste prove, essendo state fatte senza il controllo di malati non trattati, non possono dare che una idea molto vaga dell'efficacia del trattamento.

Nel 1931 Kramer, Aycock, Solomon e Thenebe eseguirono degli studi sull'argomento, prendendo in considerazione malati trattati e non trattati, in egual numero, e usando il metodo delle iniezioni endorachidee e endovenose combinate (Aycock). Essi non ottennero alcuna prova dell'efficacia del trattamento sierico.

W. H. Park (*Journ. Am. Med. Ass.*, 13 settembre 1932) riferisce i risultati ottenuti nello stesso anno su circa mille casi da una apposita commissione nominata dalla « New York Academy of Medecine ». Le vie usate per l'introduzione del siero furono: iniezioni sottocutanee, iniezioni endovenose, iniezioni endorachidee ed endovenose combinate e iniezioni endovenose e endomuscolari combinate.

Le dosi somministrate furono fatte variare da 25 a 100 cc.; anche il momento della somministrazione fu fatto variare, pur sempre restando nel periodo preparalitico.

In complesso i dati di queste ricerche danno una cifra leggermente più alta di esiti in paralisi o morte nei malati che hanno ricevuto le iniezioni di siero! Tale risultato, se non è dovuto all'aver incluso casualmente, nel gruppo controllo, dei malati più gravi, potrebbe far pensare che un aumento dell'irritazione meningea causato delle iniezioni endorachidee di siero possa esercitare una influenza nociva sul decorso della malattia.

L'A. crede che i resultati negativi ottenuti colla sieroterapia della P. siano dovuti al fatto che il virus poliomielitico invadendo le cellule nervose si sottrae all'azione del siero.

E. CARLINFANTI.

NOTE DI TECNICA.

La soluzione di Takayama per l'identificazione delle macchie di sangue.

Fin dal 1853 Teichmann aveva notato che trattando le macchie di sangue con acido acetico glaciale e cloruro di sodio, si otteneva la formazione dei caratteristici cristalli di ematina e aveva proposto di applicare questo suo metodo di indagine all'esame delle macchie sospette. La formazione dei cristalli era però difficile e infida.

Varie modifiche al metodo di Teichmann sono state proposte, finchè, nel 1912, Takayama ha suggerito il reattivo seguente: piridina parti 3; idrato sodico al 10 % parti 3; sol. satura di destrosio parti 3; Acqua distillata parti 7.

Secondo A. Greaves (*British Medical Journal*, 21 maggio 1932) con questo reattivo si ottengono sempre risultati sicuri.

Bastano delle particelle minutissime della macchia sospetta. Queste, poste su un vetrino, vengono messe in contatto con una goccia di soluzione di Takayama. Osservando immediatamente al microscopio, se si è in presenza di sangue si vedrà subito il formarsi di un alone roseo, mentre dopo 2-3 minuti compariranno i cristalli caratteristici. Con lo spettroscopio poi si accerta la presenza delle strie proprie dell'emocromogeno. M. PONS.

MEDICINA SCIENTIFICA

La regolazione del tono del parasimpatico da parte della pressione sanguigna, per mezzo dei nervi dell'aorta e del seno.

La scoperta della funzione del seno carotideo e dei nervi del seno ha portato con sè conseguenze così numerose nel campo anatomico, fisiologico e clinico, che non è ancora dato di apprezzarle tutte.

H. E. Hering (*Deut. Med. Woch.*, n. 13, marzo 1931) richiama, tra l'altro, l'attenzione sull'apparato regolatore della pressione sanguigna, il quale non solamente ha il compito di influenzare la pressione stessa, ma estende il suo influsso anche sul parasimpatico.

Si è ad esempio dimostrato che la stimolazione di tale regolatore, rappresentato dai nervi dell'aorta e del seno, aumenta la peristalsi del tenue, mentre, viceversa, escludendo la sua funzione, il cuore batte più rapido, i vasi si dilatano, il respiro si fa più frequente e profondo, e i movimenti intestinali si arrestano.

Un'altra innervazione che interessa al clinico è quella dei vasi cardiaci, a proposito della quale è risaputo che la vasocostrizione delle coronarie è sotto il dominio del parasimpatico. Secondo quindi quanto è detto in precedenza, il regolatore della pressione esercita azione tonica anche sui vasi coronari, in modo che, diminuendo la pressione, i vasi cardiaci si dilatano, onde procurare un afflusso di sangue sufficiente all'organo, mentre poi restringono il loro lume in caso contrario.

Tali rapporti di reflettività, come pure quelli tra regolatore e costrittori bronchiali, sono necessari a conoscersi per l'interpretazione patogenetica dell'angina pectoris e dell'asma bronchiale.

Lavori recenti hanno infatti dimostrato l'influsso che si esercita su tali due stati morbosi praticando una compressione sul seno carotideo.

Conviene però conoscere come una simile compressione provoca effetti differenti a seconda del punto sul quale viene esercitata. Quella in corrispondenza del seno, infatti, aumenta il tono del parasimpatico, accentuando di conseguenza il tono dei vasocostrittori coronari e dei broncocostrittori; mentre quella più bassa, verso il giugulo, lo fa diminuire.

È quindi possibile, in conclusione, comprimendo nell'uno o nell'altro punto, influenzare la pressione sanguigna, il battito cardiaco, la tachicardia parossistica, le estrasistoli, l'angina pectoris, l'asma bronchiale, l'edema polmonare, l'asma cardiaco, ecc., purchè siano tenute presenti le particolarità sopradescritte.

M. FABERI.

Influenza dei riflessi oculo-cardiaco e solare sopra la pressione endorachidea.

Outaneda, Capdehourat e Mazzei (*La Prensa Medica Argentina*, 30 dic. 1930) hanno voluto controllare le affermazioni di Rebattu, Josserand e Samache i quali riferiscono di aver notato un aumento della pressione endorachidea nei soggetti in cui si ricercava il riflesso oculo-cardiaco: anzi questo aumento di pressione era in relazione con la positività del riflesso cioè in accordo con la bradicardia da esso prodotta.

L'aumento di pressione mancava se il riflesso era normale, o nullo o invertito.

Le esperienze di controllo condotte dagli AA. sopra 35 infermi non hanno messo in evidenza modificazioni di tensione del L. C. R. come conseguenza del riflesso oculo-cardiaco: la compressione del plesso solare eleva invece la pressione endorachidea nel 50 % dei soggetti seduti e nell'85 % dei soggetti coricati. Questo aumento di pressione si ottiene anche con la semplice compressione addominale e non ha relazione, secondo gli AA. con la presenza o meno del riflesso solare. G. LA CAVA.

Il comportamento del nistagmo spontaneo e provocato nelle lesioni asimmetriche del cervelletto.

G. Simonelli e A. M. Di Giorgio (*Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim.*, marzo 1931) hanno studiato sperimentalmente il comportamento del nistagmo provocato con la eccitazione rotatoria del labirinto nelle lesioni asimmetriche del cervelletto.

Gl'interventi sul cervelletto furono di diversa estensione: nei cani in cui fu asportata una metà del cervelletto si notò costantemente la mancanza del nistagmo postrotatorio quando, nella rotazione, il lato sano precedeva quello malato.

Queste ed altre osservazioni, permettono di affermare che la corteccia degli emisferi cerebellari ha larga parte nel meccanismo di questi riflessi. V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia degli eczemi dei genitali. — All'abb. n. 1911-1:

Gli eczemi delle regioni genitali e perigenitali, a parte le forme legate a parassiti animali (pediculosi del pube) o quelle provocate da epidermofiti (il così detto eczema marginato) assumono particolare importanza sia perchè spesso sono in rapporto con particolari stati di alterato ricambio materiale (diabete, gotta) o con disturbi d'indole nervosa (nevrodermie, prurito genitale, ecc.), sia per l'inevitabile attrito, per le proprietà maceranti del sudore, del secreto sebaceo, delle orine, ecc., sia infine per l'azione di germi che sulle superfici di contatto e di attrito trovano un terreno più adatto al loro sviluppo.

Tutto questo spiega la loro tenacia e le difficoltà della cura la quale deve mirare anzi tutto a rimuovere le cause generali o locali (prurito) che si presuma influiscano sull'insorgere e sul persistere della dermatite. Le cure locali, salvo la difficoltà di mantenere in sito la medicazione e la particolare delicatezza delle parti, in genere non differiscono molto da quelle che si adoperano negli eczemi di altre regioni.

Contro il prurito potranno giovare le compresse d'infuso di camomilla, i semicupi all'acido borico (1/2 chilogramma per bagno), le frizioni di glicerolato di amido con l'aggiunta di acido tartarico (5 %) o di una pasta rinfrescante ecc.

Nella fase essudativa saranno utili le paste assorbenti, in quelle infiltrative le pomate risolventi (ittiolo). Sopprimere i saponi e specialmente quelli medicinali (formalina, solfo, ecc.) e procedere alla detersione delle parti con cold-cream, olio di ulivo, semicupi boricati, caute applicazioni di alcool a 60°, passato rapidamente sulle parti con successiva abbondante cospersione di polveri assorbenti ecc. Si sconsigli la biancheria di lana o di flanella e si faccia invece indossare indumenti di sottile tela di lino.

Le cure disensibilizzanti ora in uso (calcio, peptone) possono trovare qui la loro indicazione.

Queste norme generali, che si riferiscono sopratutto ai varii stadii del processo eczematoso, saranno naturalmente modificate caso per caso a seconda dell'età degli infermi, della loro maggiore o minore tolleranza ai medicamenti, e della diversa fisionomia clinica che l'eczema può assumere da individuo ad individuo.

V. MONTESANO.

Negli xantomi palpebrali. — Al dott. G. R. da C.:

La galvano-cauterizzazione (al rosso) e la elettrolisi, applicate con prudenza in modo da evitare cicatrici troppo evidenti e deturpanti, sono i mezzi di cura indicati negli xantomi palpebrali o xantelasmi, oltre, ben inteso, il regime dietetico anticolesterinico per le forme comuni e quello antidiabetico quando occorre.

V. MONTESANO.

VARIA.

La medicina e le missioni.

Il Sac. Prof. Dott. Ugo Bertini nel novembre 1928 tenne all'Istituto Cattolico di Parigi una conferenza sulla medicina nelle missioni, che è stata, poi, aggiornata di nuovi dati e notizie, pubblicata nella traduzione italiana (1).

Si tratta di un documento di grande interesse. Prospetta con molta sincerità le condizioni delle missioni cattoliche, e propone provvedimenti atti a renderle più efficienti per gli alti scopi che perseguono.

Seguendo l'esempio di Cristo che accreditava e diffondeva il suo verbo con i miracoli delle guarigioni, i missionari propagano la fede con l'assistenza e la cura degli infermi.

« Per mezzo di guarigioni fisiche e di miracoli in genere — dice il conferenziere — Nostro Signore confermava la verità della sua dottrina e guadagnava anime alla città Santa. Ai messi del Battista Egli dice: Andate e riferite a Giovanni tutto ciò che avete visto ed udito: i ciechi riacquistano la vista, gli zoppi camminano, i lebbrosi sono risanati, i sordi odono, i morti risuscitano, e il Vangelo è annunziato ai poveri (Evan. di Matteo) ».

E questa facoltà egli conferisce agli apostoli ai quali prescrive: « Andate, adunque, predicate dicendo: il regno dei cieli è vicino. Sanate gli infermi, resuscitate i morti, purificate i lebbrosi, cacciate i demoni: in dono lo avete ricevuto, in dono datelo ».

Le missioni osservano il precetto di Cristo, e seguono la tradizione degli Apostoli.

Ma il compito che esse assolvono è più difficile e più aspro. Gli apostoli seguirono le vie di Roma, percorsero nel loro cammino un mondo già toccato dalla civiltà.

I missionari operano fra genti assolutamente incivili, funestate da malattie gravi, la cui diffusione è favorita dall'ambiente climatico e sociale.

Di fronte a queste condizioni particolarmente avverse, il problema medico delle missioni ha due aspetti: protezione della salute dei missionarii, assistenza degli indigeni.

Le statistiche forniscono dati eloquenti per mettere in rilievo i pericoli cui vanno incontro i missionari. La mortalità dei missionarii cattolici è più alta dei maschi coetanei nelle

(1) Sac. prof. UGO BERTINI. *Pio XI e la medicina per le missioni.* Unione Missionaria del Clero in Italia, Roma.

popolazioni europee che vivono nei paesi di origine; la loro durata media della vita si aggira intorno al 78 % della durata teorica dell'esistenza degli europei coetanei; la durata media di vita dei missionarii di Africa è minore della rispettiva durata di vita dei missionarii che risiedono in Asia.

Per quel che riguarda le condizioni sanitarie delle popolazioni da evangelizzare basta ricordare l'elenco delle malattie tropicali o coloniali, tener presente le statistiche sia pure approssimative, certo inferiori al vero, sul numero degli individui affetti da malattie e che ad esse soccombono, le stragi che provocano le epidemie, per rendersi conto della importanza del problema sanitario nelle terre di missioni.

È ovvio che per mettere i missionarii in grado di resistere a tanti mali, e di assolvere il loro compito di assistenza, è indispensabile il sussidio della scienza medica.

Il Rev. Prof. Bertini rileva che i protestanti, per i primi, hanno intuito la necessità di un servizio medico nelle missioni. Essi hanno ben compreso che l'alleanza della medicina e dell'attività propagandistica, aiuta mirabilmente il missionario a superare il profondo abisso, che lo divide dai popoli da convertire. Il medico spiana la via al missionario ove questi difficilmente potrebbe accedere: ed è così che i protestanti si sono diffusi in tutto il Giappone, nel Kashmir, nell'Afganistan, nella Mesopotamia, nel Marocco.

Secondo il *World Missionary Atlas* nel 1925 le missioni protestanti possedevano 1769 medici, 858 ospedali, 1686 farmacie. Queste cifre cospicue sono certo inferiori ai bisogni, quando si considerino l'estensione del territorio nelle quali le missioni operano e le centinaia di milioni di uomini bisognosi di assistenza.

Ma esse appaiono rilevanti di fronte alla modestia delle cifre che oppongono le organizzazioni cattoliche. Nella stessa data le missioni cattoliche disponevano solo di 20 medici!

Questa inferiorità va attribuita a parecchie cause di cui le principali sono: diffidenza verso ciò che appare nuovo o richieda modificazioni nei metodi che sono considerati tradizionali o quasi inviolabili; mancanza di mezzi; divergenza di idee rispetto all'adozione di un metodo da seguirsi.

Il primo punto sembra superato. Gli organi direttivi della Chiesa Cattolica hanno riconosciuto la necessità di provvedimenti adatti alle esigenze delle missioni.

Anche le divergenze di idee sul metodo da seguire vanno componendosi. Tutti sembrano d'accordo nell'ammettere che la maggioranza dei missionarii debbono avere un'istruzione teorica e pratica per la profilassi e l'assistenza dei malati, e che le missioni debbono essere accompagnate da medici missionarii o laici con vocazione per le missioni.

Per quel che riguarda i mezzi è certo che i cattolici si trovano e forse si troveranno ancora in una condizione di inferiorità di fronte ai protestanti.

Le missioni protestanti sono organi di penetrazione civile e come tali sono incoraggiate e aiutate dalle nazioni coloniali. Ciò spiega come il maggiore e più perfetto contributo sia dato dall'Inghilterra.

Comunque le missioni religiose, quale che sia la loro fede, nei paesi da evangelizzare compiono tutte opera nobilmente umana.

I missionarii cattolici sopperiscono alla deficienza dei mezzi con il loro zelo. Molto più renderanno se saranno coadiuvate da un'adatta organizzazione medica.

La fede aiutata dalla scienza, la scienza confortata dalla fede moltiplicheranno la loro efficienza.

Le missioni oltre a propagandare la religione, diffondono la civiltà.

Gli uomini di tutte le confessioni, di tutte le opinioni debbono inchinarsi dinanzi agli oscuri eroi che con le loro pratiche, le loro sofferenze, spesso con il loro martirio, nobilitano l'umanità.

Ma perchè questi sagrificii siano ancor più fecondi di bene, perchè il rendimento sia proporzionato agli sforzi, occorre modernizzare le missioni sfruttando convenientemente l'apporto della scienza: su questa via si è posta la Chiesa Cattolica. *argo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASOLO (*Treviso*). — Scad. 30 nov.; consor.; lire 9500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v.; decurtaz. 12 %; età lim. 45 a.

CALIMERA (*Lecce*). — Scad. 25 nov.; L. 7480 e 5 quadrienni dec.; nette 12 %; addizion. L. 3 e L. 5 oltre 1000 e 1500 pov. lorde 12 %; età lim. 40 a.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 ott.

CIVITELLA IN VAL DI CHIANA (*Arezzo*). — Scad. 31 dic.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v., L. 2500 cavalc., L. 1500 assegno temporaneo per il servizio in località Pieve a Mairano; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

COLORINA (*Sondrio*). — Per titoli. Condotta consorziale per Colorina, Fusine e Cedrasco. Stipendio annuo lordo L. 8500, caroviveri di legge e fino a conservazione. Indennità quale ufficiale sanitario L. 1000. Indennità trasferta L. 640. Indennità trasporto secondo il mezzo realmente posseduto dal titolare ed adoperato pel servizio. Aumento del decimo ogni cinque anni e per cinque volte. Età massima anni 35. vaglia di L. 50,15. Scadenza sedici dicembre 1932. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione. Schiarimenti alla segreteria Comunale di Colorina, capoluogo del Consorzio.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario per Riccione. Stipendio annuo lordo di R. M. L. 7200, più dieci aumenti biennali del ventesimo. Indennità caro-viveri. Scadenza 30 dicembre 1932

GUBBIO (*Perugia*). — Scad. 20 dic.; due condotte (urbana e di Salia Burano); L. 8000 e L. 9000, oltre L. 1800 serv. att.; biennio in clinica o primario ospedale; tassa L. 50. Chied. annunzio.

MARNATE (*Varese*). — Posto per l'unica condotta del Comune. Stipendio annuo lordo L. 10.000. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

MORRA (*Perugia*). — Scad. 30 nov.; L. 7000 oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 20 dic.; L. 9500 e 6 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., L. 300 carcere; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PERUGIA. *Comune*. — Al 25 gen., ore 17,30, condotta rurale; L. 7000 (oppure L. 8000 nel caso di assegnaz. a condotta di residenza disagiata), oltre L. 1700 serv. att., L. 4000 trasp., c.-v., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 ott. Chied. annunzio.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Vice direttore Sanatori Popolari di Prasomaso. Per titoli ed esame, consistente in una prova clinica con interpretazione di radiografie e in autopsia con epicrisi; scadenza 10 dicembre 1932; età non superiore ai 38 anni; documenti di rito; stipendio L. 11.200 (con cinque aumenti biennali del decimo), più indennità di carica di annue L. 4000 al lordo delle ritenute di legge oltre riduzione del 12 %; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione: via De Amicis 45-A, Milano.

RIETI. *R. Prefettura*. — Scad. 31 dic., ore 12; uff. san.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 21 ott.; titoli ed esami. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pescara I (Ancona); Bari S. Spirito (Bari); Paulilatino (Cagliari); Rapolano (Firenze); Carignola II, Ariano Irpino (Foggia); Sambuca di Sicilia (Palermo); S. Massimo all'Adige, Egna Termeno (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 dicembre 1932 A. XI.

ROTELLA (*Ascoli Pic.*). — Scad. 60 giorni dal 22 ott.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi; tassa L. 50 nette. Chiedere annunzio.

ROVIGO. *Comune*. — Scad. 20 dic.; 3ª cond. rurale; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1900 indenn. servizio, c.-v., L. 300-1000-1500 trasp.; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., fino a L. 1000; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

SALUSSOLA (*Vercelli*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

SEQUALS (*Udine*). — Posto di medico condotto ed Ufficiale Sanitario. Scadenza 31 dicembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SULMONA (*Aquila*). — Posto di chirurgo-primario nell'Ospedale Civile. Il Commissario prefettizio, con deliberazione ratificata il 13 corrente dalla R. Prefettura, ha disposto che il termine utile fissato pel 14 novembre, viene prorogato a tutto il 30 novembre 1932.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale*. — Con le norme stabilite dall'art. 5 e seguenti del R. Decreto 16 gennaio 1927, n. 155, è aperto il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi al quale è assegnato lo stipendio iniziale di L. 14.760 lorde, aumentabile periodicamente, fino ad un massimo di quattro decimi dopo 19 anni di servizio, e soggetto alla riduzione del dodici per cento. I concorrenti dovranno inviare, oltre i documenti indicati nell'art. 8 del R. Decreto sopracitato, la prova del versamento della tassa di L. 50. Scadenza 31 gennaio 1933-XI.

URZULEI (*Nuoro*). — Scad. 25 gen.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

VALENZA (*Alessandria*). — Per titoli. Lo stipendio annesso al posto di medico condotto è: *a*) L. 6000 annue a titolo di indennità residenziale ridotta del 12 % a senso di legge; *b*) L. 500 a titolo di indennità per mezzo di trasporto. Detti assegni vanno soggetti alle ritenute legali. Sulla indennità residenziale saranno concessi cinque aumenti quinquennali del decimo. Sono escluse le indennità di caro viveri e di servizio attivo, essendo permesso l'esercizio della libera professione. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità possono desumersi dal ban-

do di concorso da richiedersi alla Segreteria Municipale, debbono pervenire a detta Segreteria non più tardi delle ore diciasette del 15 gennaio 1933.

VASTOGIRARDI (*Campobasso*). — Per titoli. Stipendio iniziale L. 6500 lorde; indennità di cavalcatura L. 2000; assegno Ufficiale Sanitario L. 600 annue. Aumenti quinquennali di un decimo e fino a 3 quinquenni. Età limite anni 40 salvo eccezioni di legge. Tassa L. 50. Domanda in carta da bollo e i prescritti documenti d'uso. Scadenza ventisette gennaio 1933.

VENEZIA. *Ospedali Riuniti*. — Scad. 26 nov., ore 17,30; medico direttore; L. 17.800 aumentabili oltre L. 5500 serv. att., L. 2500 indenn. carica; riduzioni di legge; alloggio; tassa L. 50; sei anni di servizio ospedaliero; studi speciali di igiene. Chiedere annunzio.

VICO DEL LAZIO (*Frosinone*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre c.v., L. 1200 cavalc., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi « Sclavo » per l'endocrinologia.

Il 1° concorso al premio biennale « Achille Sclavo » di L. 10.000, fondato dall'Istituto Opoterapico Nazionale di Pisa, già aperto con avviso di concorso del 1° ottobre 1930 ed ora assunto sotto il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche, è prorogato al 30 giugno 1933, A. XI.

I lavori dovranno portare un contributo originale, sia con ricerche sperimentali, sia mediante studi ed osservazioni cliniche, alla fisiopatologia di uno dei seguenti organi: *a*) Corteccia surrenale; *b*) Pancreas; *c*) Ovaio (come ghiandola endocrina).

Per essere ammessi al concorso i lavori dovranno pervenire raccomandati non oltre la data predetta al Consiglio Nazionale delle Ricerche, Ministero della Educazione Nazionale, viale del Re, Roma.

Il concorso si svolgerà colle norme e condizioni stabilite dallo Statuto, che s'invia a richiesta.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Tra i rettori universitari di nuova nomina ministeriale sono i proff. Mario Aresu, di clinica medica a Cagliari; Ruggero Balli, di clinica radiologica a Modena; Pietro Marogna, di clinica chirurgica a Sassari; Gianni Petragnani, d'igiene a Siena. Rallegramenti agl'insigni studiosi.

In riconoscimento dell'opera svolta per la lotta contro l'anchilostomiasi in Italia e dei risultati ottenuti, il prof. Giulio Alessandrini, direttore dell'Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma, è stato nominato, in occasione del decennale della Rivoluzione Fascista e su proposta del Capo del Governo, grande ufficiale della Corona d'Italia.

Il dott. Giuseppe Penso, aiuto presso l'Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma, è riuscito vincitore dei due concorsi banditi dal Ministero dell'Educazione Nazionale fra i laureati in medicina e chirurgia per due borse di perfezionamento: una all'interno e l'altra all'estero.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza internazionale medica d'interessi professionali.

Dal 14 al 17 settembre si è tenuta a Ginevra la 7ª sessione annuale dell'« Association Professionelle Internationale des Médecins », sotto la presidenza del dott. Schaeftgen di Lussemburgo; i lavori si sono svolti nel « Palais Eynard », messo cortesemente a disposizione dal Comune. Erano rappresentati da gruppi nazionali i seguenti Paesi: Austria, Belgio, Bulgaria, Francia, Germania, Inghilterra, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Spagna, Svezia, Ungheria; il Canadà e la Norvegia lo erano da delegati. Molte assenze di Paesi, che avevano figurato nelle riunioni precedenti, vennero giustificate dalle difficoltà inerenti alla crisi economica.

Tra i temi d'interesse generale discussi furono: la pletora medica, le assicurazioni nazionali, lo scambio di figli tra medici di vari Paesi.

Vennero compiute varie visite, tra cui una alla sede della Società delle Nazioni ed una all'Ufficio Internazionale del Lavoro.

28° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.

Mentre questo fascicolo va in macchina, si svolge a Roma il XXVIII Congresso della Società italiana di laringologia, otologia e rinologia, presieduta dal prof. Guglielmo Bilancioni.

La seduta inaugurale ha luogo solennemente al Campidoglio.

Il convegno assurge ad importanza di un avvenimento scientifico internazionale per la partecipazione di numerose illustrazioni straniere della specialità.

Ne daremo ulteriori notizie.

19° Congresso francese d'igiene.

Il congresso d'igiene organizzato dalla « Société de Médecine publique et de Génie sanitaire » si è tenuto dal 24 al 26 ottobre, nei locali dell'Istituto Pasteur di Parigi. All'inaugurazione intervennero il ministro della sanità pubblica Justin Godart e molte altre autorità e personalità; il presidente del congresso, dott. Augustin Rey, non esitò a deplorare le gravi deficienze dell'igiene pubblica in Francia; il ministro rispose assicurando gl'igienisti francesi della collaborazione governativa e manifestò il proposito di rielaborare la legge, in base al principio di utilizzare le competenze tecniche.

L'Accademia Fascista di educazione fisica.

Nel giorno della Vittoria il Duce ha inaugurato l'Accademia Fascista di educazione fisica e le opere grandiose e monumentali che vi sono collegate, tra cui lo Stadio Mussolini L'inaugurazione ebbe luogo tra imponenti manifestazioni di entusiasmo della gioventù e del popolo; il saggio ginnico-sportivo fu una superba affermazione di forza disciplinata.

Tutto ciò lumeggia il rinnovato incremento impresso dal Regime all'educazione fisica, sorgente di vita e di salute.

Laboratorio d'igiene a Trento.

Un grande laboratorio provinciale d'igiene è stato inaugurato a Trento dal prefetto gr. uff. Pietrabissa, in un moderno edificio appositamente costruito dal Comune in via Piave. Le due sezioni, chimica e medico-micrografica, sono autono

me e indipendenti una dall'altra, pur costituendo dal punto di vista funzionale due branche del medesimo organismo. In esso funziona pure un centro diagnostico per le malattie infettive, mentre in altri reparti hanno sede gli organi tecnici per la vigilanza e la repressione delle frodi nel commercio delle sostanze alimentari e nel campo della chimica applicata all'igiene e alla profilassi. Al laboratorio è annessa una biblioteca.

Il dispensario antitubercolare dei Mutilati a Milano.

Con una semplice, significativa cerimonia, il 4 novembre si è inaugurato il Dispensario antitubercolare della sezione milanese dell'Associazione nazionale dei Mutilati, che è stato ospitato dall'Istituto di via Ramazzini dell'Associazione milanese per la lotta contro la tubercolosi.

Ha aperto la cerimonia il presidente dell'Associazione prof. Cova, il quale ha tessuto la storia della benemerita opera pia ed ha esposto le direttive che hanno guidato la costituzione del Dispensario. Dopo un discorso dell'on. Gorini, il prevosto don Martinoli ha benedetto la nuova sede, accompagnando il rito con un breve discorso, nel quale stabilì un simbolico ravvicinamento fra la data della Vittoria e quella festiva di San Carlo. Chiusasi la cerimonia, le autorità guidate dall'on. Gorini e dal direttore del Dispensario dott. Kreutzlin hanno visitato i nuovi decorosi locali. Erano presenti le LL. EE. il Prefetto e il gen. Perris, il vicepodestà nob. Pini, il gen. Santini, il prof. Carpi, la presidente signora Ruber e la vicepresidente signora Valli del Comitato delle Patronesse.

Ambulatorio della Croce Rossa Italiana ad Ariccia.

La Croce Rossa Italiana che, come è noto, gestisce da alcuni anni in Ariccia il grande istituto chirurgico e ortopedico e sanatorio « Giornale d'Italia », ha voluto provvedere ad una deficienza molto sentita da quelle popolazioni: un ambulatorio gratuito per i poveri di tutti i Castelli romani.

Venendo incontro a tale necessità e presi accordi con il commissario straordinario per l'Opera Pia dell'Istituto ortopedico, la Croce Rossa Italiana ha in breve tempo allestito in locali limitrofi all'Istituto completamente rinnovati e adattati allo scopo, un magnifico ambulatorio per malattie chirurgiche, ortopediche e tubercolari.

L'ambulatorio, dotato di moderni armamentari medico-chirurgici e di tutto l'occorrente per qualsiasi prestazione, è servito dai medici della Croce Rossa che fanno servizio nell'Istituto chirurgico.

L'inaugurazione ebbe luogo nel giorno della Vittoria.

Asilo di Pronto Soccorso della Croce Rossa a Pisa.

Il 7 nov. S. M. la Regina ha presenziato la lezione di chiusura del corso per allieve infermiere della Croce Rossa, tenuta a Pisa dal prof. Taddei, direttore della clinica chirurgica della R. Università.

La Sovrana al suo arrivo nei RR. Ospedali è stata ricevuta dal sen. Cremonesi, Presidente generale della Croce Rossa Italiana, dal direttore dei Regi Ospedali comm. Ricciardi, dal gr. uff. Feroci, presidente del Comitato provinciale della Croce Rossa Italiana, e dal comm. prof. Aducco, Rettore della R. Università di Pisa.

Alla fine della lezione, la Sovrana ha ricevuto l'omaggio delle infermiere e delle allieve infermiere e quindi si è recata ad inaugurare l'Asilo di pronto soccorso istituito dalla Croce Rossa Italiana e dal Comune di Pisa a beneficio delle classi povere della città. Al suo giungere al nuovo asilo, posto in via del Moro, la Sovrana è stata ossequiata dall'Arcivescovo di Pisa mons. Vettori, dal Prefetto marchese Dentice, dal Podestà on. Buffarini, dal presidente del Comitato Prov. della Croce Rossa Italiana gr. uff. Feroci e da tutti i componenti il Comitato. Dopo un breve discorso del gr. uff. Feroci, l'arcivescovo ha benedetto i nuovi locali.

I nuovi edifizi per la Facoltà medica di Marsiglia.

Il ministro dell'educazione nazionale della Repubblica francese, de Monzie, ha presenziato il 22 settembre la posa della prima pietra per la nuova Facoltà medica di Marsiglia.

Esami di Stato.

Con ordinanza ministeriale è stabilito che per il corrente anno siano sedi di esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo le RR. Università di Bari, Bologna, Genova, Messina, Padova, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Sassari.

I premi Nobel per la medicina nell'anno 1932.

Come abbiamo annunziato, il premio Nobel per la medicina è stato anche quest'anno attribuito solidalmente a due ricercatori, fatto che molto più che indicare la difficoltà di designare un solo e massimo meritevole, sta a indicare la grande e giusta importanza attribuita all'opera collettiva, se non nel senso di attuale collaborazione, almeno nel senso di direttiva comune o come suol dirsi di « scuola ». I due designati, per l'anno che sta per finire, al massimo riconoscimento accademico mondiale, sono il prof. C. S. Sherrington di Oxford e il prof. E. D. Adrian di Cambridge.

Il primo di essi, giunto oramai quasi a quello che in Italia sarebbe il limite d'età per la quiescenza, è il più famoso e più fecondo studioso della fisiologia del sistema nervoso. Il suo volume sulla « Azione integrativa del sistema nervoso », pubblicato nel 1906, segnò una tappa decisiva nella via di queste indagini. Tappa però, che, pur essendo conclusiva rispetto al lavoro compiuto fino a quel giorno, non fu che il punto di partenza per indagini successive che ancora si continuano con mirabile attività da parte dello stesso Sherrington e dei numerosissimi allievi che in Inghilterra ed in tutto il mondo lavorarono e lavorano lungo la traccia lasciata dalla sua mirabile attività. Tutte le sanzioni ufficiali e tutti gli onori accademici erano già stati attribuiti al prof. Sherrington che fu anche presidente della Royal Society di Londra, e solamente mancava al coronamento della sua luminosa carriera l'attribuzione del premio Nobel, ora decretatogli.

Il prof. E. D. Adrian, è celebre nel mondo scientifico per le sue ricerche sulla fisiologia generale dei nervi. Per quanto, da un certo punto di vista, si possa dire che le sue indagini seguono la linea segnata dal maestro più anziano, egli è indiscutibilmente originale nel genere dei problemi e nella tecnica adottata. Questa finissima e delicata tecnica, consistente nell'applicazione

dei più perfetti mezzi concessi da una profonda conoscenza dell'elettrotecnica e della fisica in genere, lo ha condotto alla registrazione obiettiva (sia visiva che sonora) dei fenomeni associati con l'attività dei nervi sensitivi.

Aggiungiamo che si tratta di due amici dell'Italia, ed in più di un'occasione lo hanno dimostrato; essi comprendono e sentono con simpatia i suoi bisogni, i suoi sforzi e le alte benemerenze del Regime. In occasione della morte di Arnaldo Mussolini, sir C. S. Sherrington scrisse al « Popolo d'Italia » parole di rimpianto.

In onore del prof. Sanarelli.

Una solenne manifestazione di simpatia per l'Italia e di riconoscimento delle benemerenze che il nostro Paese ha acquistate anche nel campo della scienza, ha avuto luogo a Parigi, nel grande anfiteatro della Sorbona

Come è consuetudine, in occasione dell'apertura dell'anno accademico, inaugurato con grandi cerimonie dal Presidente del Senato in rappresentanza di Lebrun, vennero conferite solennemente, il 5 novembre, le lauree *honoris causa* ad alcune delle maggiori personalità scientifiche contemporanee, designate dalle varie Facoltà dell'Università di Parigi. La cerimonia si è svolta in un'atmosfera di fasto e di solennità, alla presenza delle alte cariche dello Stato, militari e civili, dei professori delle Facoltà, nelle loro toghe tradizionali, e del Corpo diplomatico. Era presente anche l'ambasciatore d'Italia, conte Pignatti Morano di Custoza.

La Facoltà di Medicina aveva designato i proff. Marañon di Madrid e Sanarelli di Roma, presenti alla cerimonia.

Il prof. Balthazard, decano della Facoltà di Medicina, ha illustrato le benemerenze dei due scienziati. Nei riguardi del Sanarelli, ha rilevato che sarebbe impossibile di enumerare tutti i progressi da lui fatti realizzare alla scienza. Si è soffermato sulle ricerche diventate classiche e universalmente ammirate, relative alla febbre tifoide, al colera, al carbonchio, alla dottrina dell'eredo-immunità tubercolare e particolarmente sulla scoperta, diventata feconda di ricerche scientifiche in tutto il mondo, dell'ultrafiltrabilità dei « virus » attraverso le membrane semipermeabili. Questi lavori hanno assegnato al Sanarelli un posto di primissimo ordine tra gli scienziati europei. Il prof. Balthazard ha pure accennato all'attività del Sanarelli in altri campi intellettuali, ricordando e citando alcuni pensieri esposti in una conferenza inaugurale dell'anno accademico dell'Università di Roma, in occasione dell'entrata in guerra dell'Italia.

Quando ha consegnato al Sanarelli le insegne e il diploma dottorali, il pubblico ha plaudito ripetutamente all'indirizzo dello scienziato italiano e dell'Italia.

La sera si tenne un pranzo di gala nei locali della Sorbona in onore dei nuovi insigniti; v'intervenne il Presidente della Repubblica.

* * *

La Società di patologia esotica di Parigi, in occasione della ripresa dei suoi lavori, ha proclamato il prof. Sanarelli membro onorario. Il prof. Thiroux, generale medico delle Colonie, dopo avere illustrato i lavori e le benemerenze scientifiche del Sanarelli anche nel campo della medicina coloniale, ha invitato l'illustre igienista italiano a tenere una conferenza sulle malattie infettive intestinali, in occasione della prossima celebrazione del giubileo della fondazione della Società, che avrà luogo all'Istituto Pasteur.

In onore di Branly.

Si sono compiuti 50 anni da quando il dott. Edouard Branly sostenne la sua tesi di laurea in medicina; in questa occasione la « Umfia », organo dell'Unione Medica Latina, ha pubblicato un denso numero unico sul Branly, il quale si è consacrato alla fisica, ed è stato un precursore di Marconi nella telegrafia afila.

Medici centenari.

Il dott. Luigi Gortani, di Arta, nella Carnia, ha compiuto cento anni il 13 novembre. È oggi forse il solo medico italiano che possa vantarsi di aver raggiunto tale rispettabile età. Vive a Terzo di Aquileia, in ottime condizioni di salute. Ora gli sono state rese cordiali onoranze.

Il dott. Guéniot, medico onorario degli Ospedali di Parigi, ha pure compiuto in questi giorni il suo centesimo anno; in tale occasione l'Accademia di Medicina, di cui egli fa parte, ha tenuto un'adunanza cui hanno partecipato due ministri; il presidente del Consiglio municipale di Parigi ha consegnato all'illustre medico — che ha esercito brillantemente la ginecologia — una grande medaglia, in segno di omaggio e di riconoscenza per quanto egli ha fatto nel campo della pubblica assistenza.

Nella stampa sanitaria.

È stata avviata la pubblicazione degli « Annali di Microbiologia », diretti dal prof. A. Bruschettini e di cui sono redattori-capi i proff. A. Alessandrini e P. Pozzilli: questi nomi costituiscono un programma ed una garanzia. Il periodico è ad alta tiratura; ma ha intendimenti rigorosamente culturali e scientifici. Tratta di preferenza problemi d'attualità e dibattuti. Verrà certo apprezzato dalla nostra classe medica.

La pletora medica in Svizzera.

Rileviamo dal « Siècle Médical » che, in seguito a richiesta della Federazione dei medici svizzeri, il ministero federale dell'interno ha incaricato una Commissione d'indagare se effettivamente si abbia una pletora di medici in Svizzera e, nel caso affermativo, proporre delle misure idonee a rimediare a tale stato di cose. La commissione è composta di rappresentanti: dei Dipartimenti cantonali dell'igiene e della pubblica istruzione, della Federazione predetta, della Conferenza dei direttori di scuole medie, del Comitato direttivo degli esami federali di medicina, delle Facoltà di medicina, della Commissione federale di maturità, dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, del Servizio sanitario dell'esercito, del Ministero federale di giustizia e polizia.

La Commissione si è adunata a Berna. Nella prima seduta il ministro federale dell'interno, Meyer, rilevò l'importanza del problema. Proseguendo i suoi lavori sotto la presidenza del dott. Carrière, direttore del Servizio federale d'igiene pubblica, la Commissione ha riconosciuto che un ingombro della professione medica esiste effettivamente in Svizzera e che presenta un certo carattere di gravità. Ha esaminato varie proposte,

ma senza giungere a conclusioni definitive. Ha affidato lo studio ulteriore del problema ad un Comitato ristretto, che presenterà una relazione e delle proposte concrete al Ministero federale dell'interno.

Consultazioni per telefono.

L'imperversare della crisi economica in Germania induce moltissimi infermi a consultare i medici per telefono, dopo di che dimenticano di corrispondere qualsiasi compenso, quasi che la crisi non coinvolgesse anche i medici e questi non avessero bisogno di ricevere le competenze inerenti alle loro prestazioni.

Ora è stato deciso, dagli enti corporativi, che i medici sono autorizzati a valutare le consultazioni per telefono come consultazioni regolari, ad inoltrare le parcelle e ad esigerne il pagamento.

Processo contro un chirurgo.

La Corte Suprema di Wyoming (Stati Uniti) ha pronunziato la decisione definitiva in una causa intentata contro un chirurgo, dott. Jeffrey, che nell'eseguire un'operazione smarrì un ago entro l'addome della paziente; dopo 20 minuti di ricerca, egli richiuse l'addome; la paziente venne portata nel gabinetto roentgenologico, ove si accertò la presenza e la posizione dell'ago nella cavità pelvica; riportata in sala operatoria, la si sottopone ad una nuova anestesia e si potè estrarre l'ago; due giorni dopo sopravveniva la morte per embolia polmonare. Il marito attribuiva la morte al secondo intervento, che giudicava non autorizzato. Confermando i giudizi anteriori e attenendosi ad una giurisprudenza già sanzionata da casi analoghi, la Corte riputò giustificata la condotta del chirurgo, che è stato assolto.

Cessione di gabinetto medico.

In Francia, come in altri Paesi, è ammessa legalmente la cessione di gabinetti di consultazione medica. Essa comporta anche la cessione della clientela — se e fino a quando questa è soddisfatta del nuovo medico, il quale naturalmente si adopera del suo meglio per mantenerla ed accrescerla.... Il Tribunale Civile della Senna ha dovuto ora pronunziare un giudizio, in merito ad una di queste cessioni, effettuata al dott. Q. dal dott. A., il quale ultimo, subito dopo il contratto, s'installò nel piano superiore dello stesso stabile e continuò ad esercitare; di più corrispose una sola rata della somma pattuita. Il dott. A. chiedeva che il collega fosse condannato a 100.000 franchi di danni-interessi ed a 1000 franchi di ammenda; il Tribunale ha accolto solo in parte le sue ragioni, ed ha condannato il dott. Q. a 10.000 franchi di danni-interessi; ha stabilito inoltre che egli non dovrà, per un decennio, esercitare la medicina entro un raggio di 5 Km. dal gabinetto venduto, e ciò in conformità ai patti; per ogni contravvenzione accertata verrà multato di 500 franchi.

Una interessante dimostrazione alla Radio.

Il 2 dicembre dalle ore 19 alle 19,20 il dott. Leo Jacobsohn di Berlino farà, nel programma della Radio per medici, una radio-diffusione concernente l'ascoltazione del cuore. Saranno trasmesse, dalla Radio tedesca Königswusterhausen, suoni e rumori del cuore.

I colleghi sono pregati di dare informazioni sui risultati della ricezione alla Kaiserin Friedrich-Haus, Robert Koch-Platz 7, Berlin NW 7.

Con AUGUSTO MURRI è scomparso uno dei maggiori esponenti della medicina italiana. Del sommo clinico e scienziato diremo in un prossimo numero.

PIETRO BOVERI

Una bella figura di studioso appassionato si è spenta il 19 ottobre in una Casa di Salute di Torino, dopo atroci sofferenze sopportate con stoica serenità durante sei mesi. Il prof. Boveri, docente di Patologia Speciale Medica nella Università di Milano e di Neuropatologia in quella di Torino, cominciò la sua carriera come assistente del prof. Devoto a Pavia, si dedicò poi con particolare predilezione alla Neurologia frequentando a lungo i più importanti Istituti neurologici di Parigi e di Londra. Al ritorno dall'estero fu Capo sezione nella Clinica Devoto a Milano fino allo scoppio della guerra; ebbe allora la direzione del Centro neurologico di Alessandria e in seguito passò a Genova e a Milano ove diresse il Centro Neurologico di concentramento.

Benchè non fosse a capo di un Istituto, il Boveri con lena indefessa continuò, frequentando Ospedali e Istituti diversi, nella ricerca in modo tale da lasciare, scomparendo così immaturamente, un'abbondante serie di lavori.

Mentre i suoi primi lavori sono di Clinica medica generale, egli si rivolge poi con particolare predilezione alla Neurologia e lascia in questo campo importanti segni della sua attività. Basterà ricordare il suo contributo allo studio della nevrite ipertrofica famigliare colla definizione di un tipo clinico speciale denominato dagli autori tipo Pierre Marie-Boveri, la descrizione di una particolare alterazione della cute da lui denominata « peau de lézard » nella siringomielia; la descrizione dell'orletto sottoungueale nelle lesioni del nervo mediano, la così detta contrazione a scatto del piede nelle paralisi organiche, il fenomeno della seconda falange dell'alluce nelle paralisi dello sciatico, ecc. ecc. Ma sopratutto il nome del Boveri è noto ai neurologi per la sua reazione al permanganato nel liquido cefalo-rachidiano; le ricerche che condussero il Boveri a pubblicare la sua reazione furono condotte nel laboratorio del mio Istituto nel 1913 e pubblicate nella « Rivista di Patologia nervosa e mentale » del 1914; è a questa reazione, insieme ad alcune osservazioni particolarmente interessanti riguardanti alcuni punti di semeiologia del sistema nervoso, che il Boveri deve sopratutto se il suo nome rimarrà vivo nel mondo dei neurologi.

A questo studioso serio e coscienzioso, al quale la vita ha dato certamente compensi inferiori ai suoi meriti e che ha avuto una fine così penosa è doveroso inviare un pensiero riverente e commosso.

E. MEDEA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Cl. Med. It., mag. — G. COLLINA. Itteri emolitici secondari.

Rif. Med., 18 giu. — H. BOCHHARDT. Malattie traumatiche larvate dell'appar. locomotore. — A. PALADICI. Frammentaz. spontanea dei calcoli vescicali.

Lancet, 18 giu. — F. A. WILLIAMSON-NOBLE. Reazioni dell'occhio alle malattie generali.

Acta Dermato-Veneor., 2. — S. SLADKOWITSCH. Tubercolosi cutanea o sifilide? — W. L. L. CAROL. Mixedema atipico.

Forze Sanit., 30 mag. — E. MEDEA. La sclerosi a placche disseminate. — B. CARTIA. Gli attuali criteri di guarig. della sifilide.

Anales Faculd. de Med. (Montevideo), gen. e feb. — E. BAUILLA. Morte improvvisa e glandole endocr. — C. STAJANO. Fisiopatologia del dolore in ginecologia.

Brasil-Med., 28 mag. — J. DUTRA DE OLIVEIRA. Fattori della riserva alcalina nei climi tropicali.

Prensa Méd. Arg., 30 mag. — J. VALDÉS LAMBEA. Trattam. del cosidetto infiltrato precoce.

Arch. It. di An. e Ist. Pat., mar.-apr. — G. DI MAIO. Fisiopatologia renale. — G. BETTAZZI. Eosinofilia locale nei tumori maligni.

Journal A. M. A., 11 giu. — Numero sugli ospedali.

Presse Méd., 18 giu. — P. E. MORHARDT. Sintesi e farmacologia degli ormoni e delle vitamine.

Id., 22 giu. — P. DUVAL e H. BÉCLÈRE. L'insufflazione dello stomaco in radiologia. — S. KADRUKA e R. SARASIN. Esploraz. radiologica dell'appendice.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 giu. — GRÉ. Acidosi e coma diabetico.

Minerva Med., 23 giu. — G. DOMINICI e G. OLIVA. L'emolisi nel quadro dell'anemia pern. — G. NANNINI. Sistema r.-e. nella tbc. polmon.

Rev. de Chir., giu. — F. PONZET. La tbc. del collo femorale nel fanciullo. — P. LE GAC. Tecnica della gastrectomia.

Wien. Klin. Woch., 24 giu. — FALTA. Sulla pubertà. — LÖFFLER e SCHWEINBURG. Siero rabicida.

Bull. Ac. de Méd., 14 giu. — P. CAZANEUVE. Igiene dell'industria della seta artif. — A. KLING. Sterilizzaz. dell'acqua per uso domestico con l'argento metallico.

Presse Méd., 25 giu. — SÉZARY e G. MAURIC. Reazioni cutanee e patogenesi degli stati d'intolleranza.

Bull. Méd., 25 giu. — Oto-rino-laringol.

Paris Méd., 25 giu. — C. AUBERTIN. La medicazione leucolitica. — D. E. PAULIAN e C. R. FORTUNESCO. Trattam. delle mal. nervose con siero emolitico.

Mediz. Klinik, 24 giu. — H. RICHLER. La sordastreria e sue cause. — H. LÖHE e H. ROSENFELD. Terapia della linfogranulomatosi.

Riv. San. Sicil., 15 giu. — Resoconto del 9° Congresso med. sicil.

Deut. Med. Woch., 24 giu. — BETHMANN, VAS. Azioni dell'istamina. — BÖHME. Trattam. medico dell'ulcera duoden.

Münch. Med. Woch., 24 giu. — ROMBERG. Sulla sclerosi delle coronarie. — PRÜFER. Dietoterapia degli ulcerosi.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., mag. — R. BENSAUDE e al. La poliposi intestinale.

Riv. di Cl. Ped., giu. — G. GUASSARDO. Rachitismo sperimentale. — G. CASTORINA. Gozzo congenito. — V. PINTOZZI. Ricambio proteico del bambino allattato artificialm.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero di neurologia.

Sperimentale, 25 giu. — H. LEHMANN-FACIUS. Metodi serologici per la diagn. dei tumori mal. — E. CUBONI. Diagn. di gravid. mediante ricerca degli ormoni sessuali.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 28 Novembre 1932 - XI Num. 48

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Contributo allo studio dell'infezione difterica nei vaccinati.

Prof. LUIGI SPOLVERINI, direttore

La scoperta fatta dal Ramon (1923) dell'anatossina come mezzo efficace per l'immunizzazione attiva contro la difterite ha permesso a questa non solo di entrare facilmente nella pratica medica, ma anche di rapidamente estendersi e diffondersi tenuto conto della sua semplicità ed innocuità, a differenza degli altri metodi escogitati e tentati dal 1905 in poi.

Tanto è vero che, non ostante tale pratica vaccinale, benchè non obbligatoria in senso assoluto, conti soltanto appena 8 anni di applicazione, pure attualmente i bambini che l'hanno subita raggiungono già la cifra cospicua di qualche milione in tutto il mondo, con grande prevalenza negli Stati Uniti, ove essa è regolarmente eseguita in tutte le principali città.

I risultati dei vari sperimentatori sono stati ovunque concordi e quanto mai soddisfacenti, raggiungendo cifre altissime di conseguita immunità: 90-95 % nei soggetti regolarmente vaccinati per via ipodermica.

Inoltre con la vaccinazione a mezzo dell'anatossina non solo si è riusciti a ridurre a cifre minime la morbilità ed anche la mortalità per difterite nei soggetti vaccinati (Adams, Johan e Tomsik, Zdrodowski e Haliapine, Soligmann, Mozer, Lereboullet e Gomnay ecc.); ma addirittura ad arrestare e debellare definitivamente infezioni difteriche gravi e persistenti (ad es. da noi in Italia prov. Trento, Padova, Fiuggi ecc.). E pertanto l'entusiasmo per questo metodo di profilassi ha rapidamente guadagnato gli animi non solo dei medici, ma anche di coloro che sono preposti alla vigilanza della salute pubblica, essendosi oramai fatta strada la convinzione che a mezzo di questa pratica vaccinale sia possibile preservare il soggetto contro la infezione alla stessa guisa di quanto si è verificato pel vaiolo.

Certo nessuno può mettere in dubbio l'a-

zione benefica vaccinante ed antitossica dell'anatossina, nè può ignorare o misconoscere i buoni risultati, dal punto di vista epidemiologico o clinico, riscontrati dai vari osservatori sui bambini vaccinati a confronto dei non trattati; ma occorre anche non dimenticare che un tale metodo di vaccinazione è solo antitossico, ciò che appunto ha fatto scrivere al Pontano che esso non autorizza a prevedere la scomparsa della infezione difterica ma sibbene delle gravi tossiemie. Difatti sono oramai 4 anni (e precisamente fino dal 1929 in Francia) che sono stati segnalati i primi casi di infezione difterica in soggetti a distanza varia di tempo dalla subìta vaccinazione; tali casi sono stati illustrati in seguito da molti altri osservatori.

Potrà obbiettarsi che essi rappresentino eccezioni le quali in definitiva confermino la regola; ma il numero dei casi riferiti è oramai abbastanza sensibile per potere essere ritenuti semplici eccezioni. Nella sola Francia sono stati illustrati oltre un centinaio di casi caduti sotto l'osservazione medica, senza contare le possibili forme cliniche leggere sfuggite a tale controllo che con ogni propabilità — come abitualmente accade — si saranno contemporaneamente verificate. È bensì vero che i vari autori si affrettano a dire che l'infezione in genere in questi soggetti ha avuto un andamento benigno e che la mortalità è stata presso che nulla, ma d'altro canto è dimostrato che in un numero tutt'altro che trascurabile di questi casi si è invece trattato di infezioni difteriche gravi, talora con conseguente mortalità. Comunque è indiscutibile che l'infezione si è potuta impiantare e sviluppare.

La colpa di queste così dette eccezioni è stata attribuita sia alla inosservanza della tecnica regolare durante la pratica vaccinale, e sia alla refrattarietà del soggetto ad immunizzarsi, dimostrabile quest'ultima colla persistenza della reazione di Schick positiva.

Ma sta di fatto che ad un attento esame dei casi in parola risulta che nella grande maggioranza di essi la vaccinazione era stata eseguita per via ipodermica e secondo le norme consigliate dallo stesso Ramon cioè con tre iniezioni successive e regolarmente distanziate, e ciò non ostante l'infezione a distanza di tempo più o meno variabile (ma in nessun caso superiore ad un anno e mezzo) si è egualmente verificata. Onde è che la maggioranza degli sperimentatori ritiene che in questi casi debba parlarsi di refrattarietà all'immunizzazione in base al risultato della Schick, ed anche là dove questa prova immunitaria non venne eseguita (e ciò si è verificato molte volte, come risulta dalla letteratura) si deve ritenere come dimostrato il fatto che tale reazione si era mantenuta positiva.

Ma a questo proposito conviene domandarsi: il metodo di controllo (reazione di Schick) abitualmente usato per constatare l'avvenuta o meno vaccinazione antidifterica nell'uomo con l'anatossina, ha un valore assoluto ed indiscutibile? In altre parole, come osserva giustamente il Pontano, deve effettivamente ritenersi dal punto di vista clinico che *Schick negativa significhi soggetto* (nel nostro caso bambino) *difeso*, e che *Schick positiva significhi soggetto recettivo?*

Noi riteniamo d'accordo con molti altri ricercatori, che un tale principio assiomatico non corrisponda alla verità almeno nell'uomo e ciò in base specialmente alle osservazioni dei fatti clinici. Ed in vero è chiaro come non possa ritenersi sufficiente la semplice dimostrazione del fatto, da tutti ammesso, delle modificazioni della Schick in seguito all'uso del siero antitossico e dell'anatossina per concludere senz'altro sul suo valore di difesa o di recettività. Giacchè per potere essere autorizzati a trarre così importante conclusione sarebbe anche necessario sia che il risultato fosse sempre e strettamente specifico cioè esclusivamente consecutivo al siero e all'anatossina e sia che si dimostrasse in pieno accordo coi risultati clinici.

Orbene praticamente come è possibile, osserva il Pontano, « dare valore risolutivo al « risultato di una reazione come quella di « Schick la quale si modifica per una inie- « zione di siero normale di cavallo, per la « inoculazione di una T. A. neutralizzata (inat- « tiva nella cavia agli scopi della vaccinazione) « per il semplice fatto dell'avanzare dell'età « in mezzo a popolazioni tra le quali non si « conosce la difterite? »

D'altra parte è noto che soggetti malati di difterite possono presentare Schick negativa, ed invece soggetti guariti, con o senza l'uso del siero, l'hanno invece talora positiva, ed inoltre che il contenuto di antitossina può essere assai inferiore ad 1/30 di U.I. in 1 cc. di siero e ciò non ostante aversi la Schick negativa. Del resto è stato oramai dimostrato che non vi è corrispondenza costante tra prova di Schick e titolo di antitossina contenuta.

Così Artusi e Migliori hanno veduto che il punto neutro tra Schick positiva e negativa è

in genere intorno ad 1/100 di U.I. e non ad 1/30, come si era sostenuto.

Thiell ha confermato tale concetto, e Jensen ha trovato che si può avere Schick negativa perfino in bambini praticamente privi di antitossina (meno di 1/2000 per cc. di siero). Inoltre che nel 10 % dei vaccinati con l'anatossina si ha un contenuto di anatossina al di sotto dell'1/100, non ostante la Schick da positiva sia divenuta negativa.

Troppe eccezioni e troppe variazioni presenta evidentemente nell'uomo una simile reazione per potere assurgere a metodo univoco e fondamentale di controllo a proposito dell'immunità acquisita. Devesi invece logicamente concludere non potersi nè doversi basare in modo sicuro sul risultato di essa per stabilire l'avvenuta o mancata immunizzazione.

Una simile constatazione perchè sia veramente valevole ed ineccepibile deve essere fornita, nel caso della vaccinazione con l'anatossina, dai risultati sia sperimentali sull'animale, e sia epidemiologici e clinici (mortalità, ma sopratutto morbilità) nell'uomo.

Orbene le esperienze sugli animali hanno oramai chiaramente provato che l'anatossina esercita sempre un potere vaccinante ed antitossico in grado maggiore o minore a seconda della quantità adoperata, che occorrono dosi assai alte di anatossina per raggiungere nell'animale (cavia) un sicuro effetto vaccinante, che una tale vaccinazione è antitossica, tanto è vero che essa non protegge l'animale contro l'attecchimento del germe, limitandosi a ridurre l'estensione e la gravità della lesione prodotta da esso (Pontano).

I risultati sperimentali sull'animale sono pertanto di una chiara evidenza e tali da renderci conto anche di quelli osservati in questi ultimi anni sull'uomo.

Difatti, abbastanza numerosi sono già i casi descritti all'estero di bambini regolarmente vaccinati (controllati o meno colla reazione di Schick ed indipendentemente dai risultati di essa) che hanno subìto l'infezione difterica più o meno grave. Una tale constatazione per noi clinici di notevole importanza (e che merita di essere non solo segnalata, ma la cui indagine deve essere continuata e diligentemente estesa perchè della massima utilità per la risoluzione del problema di cui ci occupiamo) non può nè deve arrecare meraviglia, trovando essa una logica spiegazione in base all'esperimento e quindi prevedibili i casi di infezione difterica nei vaccinati.

E pertanto tenuto conto delle considerazioni su esposte noi riteniamo che, allo stato attuale della nostra conoscenza sull'argomento, il metodo migliore sia dal punto di vista scientifico che pratico per dimostrare il grado di efficacia della vaccinazione coll'anatossina sia proprio quello di ricercare e controllare non solo la morbilità e mortalità nei vaccinati, ma anche le sindromi cliniche da essi presentate, gli effetti terapeutici prodotti dal siero antitossico, ed insieme il tempo trascorso dalla subìta vaccinazione e le modalità della medesima.

Queste considerazioni sono quelle che ci hanno spinto a fare indagini sui casi di difterite nei vaccinati nella città di Roma, piuttosto che a portare semplici contributi sulla vaccinazione in genere, dal momento che sul concetto di praticarla regna l'accordo. E ciò mi è sembrato tanto più conveniente in quanto in Roma i bambini vaccinati nell'ultimo triennio hanno raggiunto una cifra cospicua come ne fa fede la seguente tabella:

Anno	Vaccinaz. per iniezioni	Rinovaccinaz.	Totale
1929	12.000	4.000	16.000
1930	6.229	1.947	8.876
1931	3.464	—	3,464
	Totale generale		28.340

Ho creduto inoltre opportuno indagare avanti tutto l'andamento della morbilità; senza trascurare contemporaneamente quello della mortalità durante questo ultimo triennio della pratica vaccinale, mettendola a confronto con l'andamento del triennio precedente.

I risultati dell'indagine sono riassunti nelle seguenti tabelle:

MORBILITÀ PER DIFTERITE IN ROMA NELL'ULTIMO SESSENNIO.

Anno	N.ro dei casi	Casi per 10.000 abitanti
1926	652	8.1
1927	1.049	12.6
1928	970	10.1
1929	1.077	11.7
1930	1.299	13.5
1931	1.233	12.3

MORTALITÀ PER DIFTERITE IN ROMA NELL'ULTIMO SESSENNIO.

Anno	N.ro dei morti	% dei morti	Morti per 10.000 abit.
1926	91	12 7	1 00
1927	139	13.2	1.61
1928	111	11.4	1.06
1929	118	10.8	1.29
1930	124	9.5	1.30
1931	139	11.3	1.39

Risulterebbe pertanto che l'andamento della morbilità e della mortalità non ha subìto variazioni degne di nota in quest'ultimo triennio di pratica vaccinale.

A questo riguardo devesi però notare che in effetto il numero dei vaccinati, messo a confronto con la popolazione infantile di Roma, rappresenta una percentuale piuttosto bassa e che scarso valore può attribuirsi ai risultati statistici derivanti da un periodo di osservazione così limitato. Onde è che sarebbe errore grave venire senz'altro a conclusioni pessimistiche in base a questi dati.

Noi abbiamo cercato di fare indagini sul comportamento dell'infezione difterica nei vaccinati. Devesi a questo proposito rilevare subito le gravi difficoltà pratiche di simili ricerche in specie dal punto di vista della loro attendibilità. Esse intanto debbono necessariamente circoscriversi ai soggetti ricoverati negli ospedali e nei reparti di isolamento, non essendo possibile, per ragioni pratiche ovvie, estenderle — almeno per ora — ai singoli casi di infezione difterica che si manifestano nelle varie famiglie, inoltre debbono essere bene vagliati e controllati i dati anamnestici riferentesi alla subìta vaccinazione. Giacchè a questo riguardo, a parte le facili confusioni, è indispensabile conoscere le modalità precise della tecnica adoperata per poterne trarre le deduzioni.

Certo in tema di valutazione di effetto vaccinale nell'uomo sarebbe assai più comodo e facile eseguire la reazione di Schick e su di essa basare le conclusioni, come è stato praticato fino ad ora; ma noi abbiamo già discusso in precedenza sulla non sicura attendibilità di un tale metodo. D'altro canto è probabile che le difficoltà ora accennate circa le indagini sull'infezione difterica nei vaccinati siano la causa delle relativamente fino ad ora scarse ricerche in argomento; al che devesi anche aggiungere il fatto del poco valore che la maggioranza dei medici (entusiasti e convinti in senso assoluto dell'efficacia *totalitaria* del metodo vaccinale) attribuisce a queste così dette eccezioni, rappresentanti per essi fatti trascurabili. Ed invero in Italia ad es., non ostante la pratica vaccinale rimonti ad oltre un quadriennio, pochi autori hanno illustrato casi del genere.

Il De Benedetti nel novembre 1931 ha segnalato un caso abbastanza grave di difterite in un b. di 4 anni vaccinato per via nasale un anno prima. Sparapani riferisce di avere osservato 5 casi di difterite in soggetti che avevano però avuto una sola vaccinazione. Faberi e Golluscio segnalano 5 casi di malattia su 1000 bambini regolarmente vaccinati, e Pinelli 1 caso su 160 vaccinati.

Il Lucca nel febbraio di quest'anno ha riferito sei casi di difterite insorta in bambini rinovaccinati circa due anni prima, in 5 dei quali la Schick si era mantenuta positiva dopo la rinovaccinazione, ed in tutti tranne uno si è trattato di forme piuttosto benigne.

Le indagini nostre riguardano un materiale di 1120 soggetti accolti nel reparto difterici degli Ospedali di Roma in quest'ultimo biennio.

Nella tabella a pagina seguente sono riassunti in breve tratti i risultati più importanti delle nostre indagini.

Risulterebbe pertanto che soltanto 12 bambini su 1120 ricoverati all'isolamento per difterite, batteriologicamente e clinicamente accertata, avrebbero in precedenza subìto una regolare pratica vaccinale con anatossina. Giacchè in un primo tempo, in base alle primitive notizie anamnestiche raccolte, risultavano invece 40 i soggetti che sarebbero stati sottoposti a pratiche vaccinali. Ma in seguito a minuziose indagini di controllo eseguite soltanto 9 resistettero alla critica, nel senso che effettivamente essi avevano *regolarmente* subìte le tre iniezioni di anatossina secondo il metodo Ramon; mentre degli altri 31 casi taluni avevano avuto una sola iniezione, qualche altro due, ed infine per taluni erasi verificata perfino confusione (nel riferire i dati anamnestici) tra la vaccinazione jenneriana e quella antidifterica.

Noi pertanto abbiamo eliminato dalla nostra tabella riassuntiva tutti questi casi, perchè evidentemente essi non possono ritenersi dimostrativi per la questione di cui ci occupiamo vale a dire della reale efficacia della vaccina-

N. d'ord.	Età	Vaccinazione (metodo e tempo dell'ultima vaccinaz.)	Diagnosi clinica e batteriologica	Gravità	Durata della malattia	Esito	Terapia
1	8 anni	Insufflazioni nasali (12 mesi prima)	Tonsillite difterica	+	7 giorni	Guarigione	Siero U. I. in 2ª giornata 5000; in 3ª giornata 1500; in 4ª giornata 5000 (Totale 11.500)
2	8 »	3 iniezioni di anatossina (8 mesi prima)	Difterite nasale	+	73 »	Id.	10.000 in toto
3	10 »	3 iniezioni di anatossina (18 m. prima)	Angina difterica	+	10 »	Id.	Siero 1000 in 2ª giornata
4	16 »	3 iniezioni di anatossina (18 gg. prima)	Difterite tonsillare	+	9 »	Id.	Senza siero
5	10 »	3 iniezioni di anatossina (8 gg. prima)	Difterite faringo-laringea	+++	7 »	Morte	In 2ª giornata 20.000, in 3ª giorn. 20.000, in 6ª giorn. 20.000 (totale 60.000)
6	3 »	3 iniezioni di anatossina (8 mesi prima)	Faringo-laringite difterica	++	8 »	Miglioramento (1)	Siero 10.000 U. I. (in 2ª giornata)
7	7 »	3 iniezioni di anatossina (circa un anno prima)	Angina difterica	+	5 »	Id.	Siero 1000 U. I. (in 3ª giornata)
8	4 »	3 iniezioni di anatossina (9 mesi prima)	Difterite e scarlattina	+++	7 »	Morte	Siero 10.000 U. I. (in 4ª giornata), 10.000 in 5ª giornata (totale 20.000)
9	6 »	3 iniezioni di anatossina (2 mesi prima)	Faringite difterica	++	12 »	Guarigione	Siero 1500 U. I. (in 2ª giornata)
10	7 »	3 iniezioni di anatossina (21 gg. prima)	Difterite tonsillare	+	27 »	Id.	—
11	10 »	3 iniezioni di anatossina (24 gg. prima)	Difterite tonsillare laringea	+++	24 »	Id.	—
12	2 »	1 iniezione di anatossina (82 gg. prima)	Difterite tonsillare	+	12 »	Id.	—

(1) Uscito per volontà dei genitori.

zione, dal momento che questa non era stata eseguita secondo le norme prescritte.

Orbene, ciò premesso, questo nostro contributo statistico clinico conferma il fatto indiscutibile della possibilità ad ammalarsi di infezione difterica da parte di bambini in precedenza regolarmente vaccinati, a distanza di tempo recente dall'ultima iniezione di anatossina (21 giorni) fino a 18 mesi dopo (limite estremo nei casi da noi osservati).

Inoltre queste infezioni difteriche possono rivestire forme sia benigne (in prevalenza) e sia anche gravi e perfino mortali e ciò indipendentemente dal tempo trascorso dalla vaccinazione.

Non si sono riscontrati nei nostri casi, ad eccezione del caso V, fatti di tossiemia, mentre invece le manifestazioni cliniche più gravi si sono sempre presentate nei casi di localizzazione al laringe, e ciò in pieno accordo con quanto abitualmente i clinici sogliono rilevare.

Sopra 12 casi il trattamento terapeutico con siero antitossico ha avuto facilmente ragione in 10, anche con quantità assai modeste (da un minimo di 1500 u. i. ad un massimo di 20 mila u. i.), iniettato però precocemente (in genere in 2ª giornata). Nei due morti: in uno vi era anche la concomitante infezione scarlattinosa, alla quale forse devesi in massima parte attribuire l'esito letale; ma nel caso V,

non ostante il precoce (2° giorno) ed energico intervento col siero antitossico (in totale 77 mila u. i.), si è avuta la morte.

È chiaro pertanto che, pure ritenuto come indiscutibile che la vaccinazione coll'anatossina non può in linea di principio evitare sicuramente al bambino lo sviluppo di una infezione difterica, per altro essa ne riduce in grado notevole la possibilità e preserva certamente dai pericoli della tossiemia, i quali se in genere non tanto minacciosi dal punto di vista della mortalità come sostiene il Pontano, pure rappresentano sempre un grave pericolo pel piccolo paziente.

Per raggiungere simile intento devesi ritenere in base ai dati sperimentali e clinici (tra cui in prima linea quelli delle manifestazioni difteriche nei soggetti vaccinati), essere *insufficiente* l'attuale tecnica vaccinale, ed invece necessario come recentemente ha riconosciuto e consigliato lo stesso Ramon, aumentare notevolmente la dose di anatossina tanto più che essa risulta in genere innocua per l'organismo; od anche ricorrere alle vaccinazioni associate.

Inoltre sarebbe desiderabile che per facilitare e diffondere sempre più tale pratica vaccinale si potesse arrivare a concentrarla in una sola iniezione.

Noi quindi, dovendo rimanere nel freddo campo della realtà, lontani cioè sia dagli eccessivi entusiasmi di alcuni sugli effetti sicuri e *totalitari* della vaccinazione con l'anatossina, e sia dalle note alquanto pessimistiche di altri, e volendo trarre conclusioni pratiche in base ai fatti sicuramente accertati, dobbiamo confermare l'utilità di tale vaccinazione per preservare il bambino da uno dei gravi danni della difterite e cioè dalla tossiemia, ed inoltre, colla provocazione attiva da parte dell'organismo di produzione di antitossina nel sangue, contribuire *indirettamente* anche ad ostacolare lo sviluppo del bacillo difterico, e pertanto a ridurre sensibilmente il grado di morbilità.

Compito questo della massima importanza e di enorme vantaggio sociale, al quale tutti i medici ed in specie i pediatri debbono tendere col propagandare ed illustrare l'utilità di tale metodo profilattico.

Roma, luglio 1932.

RIASSUNTO.

L'A., premesse alcune considerazioni sulla attendibilità sovente fallace della reazione di Schick come metodo sicuro per valutare l'effetto sull'uomo dell'avvenuta vaccinazione a mezzo dell'anatossina, sostiene che, allo stato attuale della nostra conoscenza, il metodo migliore per dimostrare il grado di efficacia sia quello di ricercare e controllare la morbilità e la mortalità in genere, ma specialmente nei vaccinati unitamente alle sindromi cliniche da essi presentate e tenendo conto del tempo trascorso dalla subita vaccinazione e della modalità della medesima.

A tale proposito riferisce sulle indagini statistico-cliniche riguardanti la città di Roma durante questo ultimo triennio.

Enumera inoltre ed illustra i casi (12) di infezione difterica riscontrati al reparto isolamento degli Ospedali in soggetti precedentemente e regolarmente vaccinati per via ipodermica, e dopo discussioni e considerazioni sull'argomento viene alla conclusione che, pure ammesso che la vaccinazione con l'anatossina non può in linea di principio evitare *sicuramente* al bambino lo sviluppo di una infezione difterica, per altro essa lo preserva certamente dai pericoli, sempre gravi, della tossiemia ed inoltre — colla provocazione attiva da parte dell'organismo di produzione di antitossina nel sangue — contribuisce in via *indiretta* anche ad ostacolare lo sviluppo del bacillo difterico e quindi a limitare il grado di morbilità.

Per raggiungere per altro questo intento è necessario perfezionare l'attuale tecnica vaccinale, in specie aumentando sensibilmente la quantità di anatossina da iniettare.

NOTE E CONTRIBUTI.

Allergia ed immunità nei loro rapporti causali (*)

Prof. E. Maragliano.

Per comprendere i rapporti che passano fra immunità tubercolare ed allergia, è necessario ritenere che, come hanno dimostrato primamente le ricerche della mia scuola, il movimento immunitario è dovuto alla capacità che ha l'organismo di digerire e disintegrare il bacillo entrato in esso e di neutralizzarne l'azione patogena.

Questa capacità è in rapporto colla energia reattiva del terreno organico, che si estrinseca per mezzo di speciali fermenti specifici che entrano in giuoco innanzi allo stimolo dei bacilli. Che se questo stimolo è troppo energico o

(*) Comunicazione alla Conferenza Internazionale dell'Aja sulla tubercolosi.

per la quantità dei bacilli o per non proporzionata energia reattiva, non si determina immunità. I mutamenti quantitativi e qualitativi di questi due termini, creano le oscillazioni del movimento immunitario.

Il processo digestivo prodotto dai fermenti specifici, percorre le fasi abituali alla digestione delle albumine, fino alla produzione di aminoacidi specifici, cioè di origine batterica tubercolare, dimostrati tali per mezzo della Enzimoreazione, creata dal prof. Sivori che fu mio valente collaboratore in tutte queste ricerche. Gli aminoacidi specifici sono gli indici della immunità che sta svolgendosi e ne danno la misura.

Quando gli aminoacidi hanno raggiunto negli animali trattati il massimo loro sviluppo, come hanno dimostrato le ricerche della mia scuola, gli animali diventano insensibili alla azione di quelle quantità di bacilli virulenti che uccidono i controlli e ciò necessariamente per l'attitudine speciale istogena generatrice dei fermenti.

La disintegrazione mette in libertà materiali tossici, che naturalmente aumentano ad ogni nuova introduzione di germi, e creano uno stato immunitario.

Il ritenere, come si usa, che l'allergia si possa avere solo dopo una prima infezione che sensibilizzerebbe i tessuti, non è esatto. I fenomeni allergici si possono avere già per una prima infezione: gli studi della mia scuola lo hanno già da tempo dimostrato.

I fenomeni allergici sono, quindi, in rapporto colla immunità in quanto che si svolgono parallelamente alla digestione ed al processo di disintegrazione del bacillo, in forza dei fermenti di cui la sua presenza ha provocato la produzione.

Quanto maggiore è la quantità di amine specifiche, d'altrettanto è più spiccata l'allergia, che per tal modo è in rapporto di causalità colla immunizzazione.

Le nostre ricerche autorizzerebbero a ritenere che quegli elementi designati col nome di anticorpi, rappresentino uno stadio meno completo della digestione, che precede quello in cui si arriva alle amine. Così sarebbe giustificato, il ritenere, come si ritiene, che gli anticorpi siano un indice indiscutibile del movimento immunitario, non lo strumento della immunità. Questi elementi sono ancora allo stato colloide, e non per anco spogliati della loro tossicità.

Riassumendo quanto si è fin qui detto, in base agli studi della mia scuola questo si dovrebbe concludere:

1) L'antigene tubercolare entrato a contatto dei tessuti, provoca la produzione di fermenti specifici che lo digeriscono e, quindi, lo disintegrano, determinando il movimento immunitario.

2) Con la disintegrazione sono messi in libertà i veleni bacillari che danno luogo alla produzione dei fenomeni allergici, i quali, così, sono l'espressione del movimento immunitario, di cui rispecchiano la intensità e di cui danno la misura.

3) La digestione completa dei bacilli dà luogo alla produzione di aminoacidi specifici, che neutralizzano l'azione patogena dei bacilli tubercolari stessi.

4) L'allergia è intimamente connessa allo svolgimento dell'immunità e ne rappresenta l'indice.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SCANSANO
Direttore: Prof. ALEARDO SANTUCCI.

Esiste una febbre appendicolare?

per il dott. ELIO GIORGETTI, aiuto chirurgo

La Patologia dell'appendice, nei suoi quadri clinici acuti, ha trovato gran numero di studiosi, che hanno dedicato a questa sindrome attenzione e studi: talchè, in un periodo relativamente breve di tempo, siamo giunti alla classificazione e all'interpretazione della massima parte dei sintomi.

Al contrario, l'Appendicite cronica, forse per la sua relativa rarità, almeno come sindrome primitiva, forse per la minore imponenza del quadro clinico, forse anche per la scarsezza di sintomi inequivocabili od eclatanti, ha trovato, quasi direi, una scarsa benevolenza da parte degli studiosi: alcuni di essi infatti l'hanno considerata trascurabile, altri l'hanno del tutto negata. Ma, astraendo da questi gradi estremi, gli autori in generale non se ne sono molto preoccupati, e, nella grande maggioranza, si sono limitati ad avvertire di tener presente l'eventualità di essa.

E più specialmente, fra gli Autori, non si trova uno studio, nelle forme croniche di appendicite, del sintomo « Febbre ». Si parla, nei trattati, di un movimento termico, ma, così, alla sfuggita, senza fissarne i caratteri, la durata, la forma: movimenti febbrili, che indubbiamente corrispondono a piccole intercorrenti riaccensioni del processo cronico, a fiammate locali appena appena avvertibili, sia dal

soggetto, che dall'esaminatore; fiammate, che si spengono con il ritornare del processo locale al suo stato ormai ordinario di cronicità quasi silenziosa. Ed il Fiorini, in suo recente studio sintetico sull'Appendicite cronica, dice, parlando del sintomo febbre: « La febbre spesso manca: in ogni caso si mantiene molto bassa, *insorge rapidamente durante la crisi, e rapidamente si dilegua.* Noi l'abbiamo riscontrata nel 20 % dei casi. Parlo di temperature a 37°,3, 37°.5 al massimo 38° ».

Ma di una forma febbrile, a curva direi quasi definita, a rialzi costanti e giornalieri, ribelle a tutte le cure e simulante quasi la febbre etica, e tutto questo, con la più blanda sintomatologia locale, non ho trovato menzione: ed è per riempire a questa lacuna, che è fatta la presente pubblicazione, che c'indurrà poi a conclusioni non prive d'importanza, sopratutto pratica, dopo che si sia riassunta l'osservazione clinica, da cui si prende lo spunto:

Rina C., di anni 24, da Scansano, coniugata con prole. Padre e madre viventi e sani. Ha due sorelle ed un fratello anch'essi viventi e sani.

Nacque da prima gravidanza, espletata con parto eutocico.

Degli esantemi infantili, ha sofferto il morbillo e la varicella. A sei anni, la parotite epidemica. È stata sempre bene durante la fanciullezza. Pubertà a 13 anni; successive mestruazioni regolari. A sedici anni, ha sofferto di astenia, pallore, e anoressia, sintomi che da un sanitario furono attribuiti ad un modico grado di anemia, e curati in conseguenza. Tali disturbi diminuirono gradatamente fino a scomparire del tutto, dopo alcuni mesi. Non notò mai febbre.

Nel 1928, si sposò ad un uomo tuttora vivente e sano, dal quale ha avuto una gravidanza, decorsa senza alcun fenomeno notevole, e che si espletò con parto eutocico nel dicembre dell'anno di poi. Un mese circa dopo soffrì di reumatismo articolare, che guarì in poco tempo. Nel giugno del 1930, cominciò ad avvertire un leggero, incostante dolore al quadrante inferiore destro dell'addome, che fu diagnosticato di natura appendicolare, e che si ripetè ad intervalli irregolari. Non ebbe mai, contemporaneamente a questo, vomito nè si accorse di movimenti termici. A questo dolore, però, la paziente non attribuì una grande importanza, tanto che afferma di esser stata sempre bene fino alla malattia attuale. La quale iniziò, nell'aprile del 1931, con qualche colpo di tosse, lieve ipofonia, e dolori nelle regioni infrascapolari, preferibilmente di destra. I disturbi, non essendo molto accentuati, non dettero soverchie preoccupazioni alla paziente, la quale continuò le proprie occupazioni domestiche, del resto non molto gravose. Non notò mai febbre. Dopo qualche tempo si accorse che i dolori e la tosse aumentavano, mentre persisteva sempre, facendosi più evidente di tanto in tanto, il dolore nella regione addominale già accennata. Non ebbe sudori notturni. Accusò invece una certa anoressia. Nei primi giorni di settembre fu visitata dallo scrivente, il quale riscontrò il seguente stato obbiettivo:

Donna di costituzione scheletrica regolare: pannicolo adiposo scarso: colorito della cute e delle mucose visibili roseo pallido. Non edemi; scarsa tosse, non seguita da espettorazione. Temp. 37°,6. Pulsazioni 86. Resp. 19. Voce leggermente diminuita di tono.

All'esame dell'apparecchio respiratorio, le due metà del torace si espandono simmetricamente. Il f. v. t. è trasmesso, con eguale scarsezza, in tutto l'ambito polmonare. I due muscoli trapezi appaiono alla palpazione ambedue normali di tono: la pressione digitale sugli apici e sui muscoli intercostali non suscita nè dolore nè tosse alla paziente. La percussione rivela, sulle regioni sovra- e sottospinosa di destra, un lieve grado di ipofonesi: ed ascoltando sulle predette regioni, si nota una respirazione sensibilmente aspra e leggermente più scarsa, mentre è normale nel restante ambito polmonare.

Nulla di notevole all'esame del cuore e delle arterie periferiche.

L'ispezione e la percussione dell'addome non fanno notare nulla di particolare: la palpazione risveglia un dolore di modica intensità alla pressione della regione appendicolare. Positivi i punti di Mac Burney e di Lanz; negativo il segno di Rowsving. Non esistono, neppure in grado leggero, iperestesia della cute nè difesa muscolare. Non si apprezza esistenza di liquidi. All'esame delle rimanenti regioni addominali, non si apprezza niente di notevole.

A carico dell'apparato digerente, niente di particolare, se si eccettua l'anoressia piuttosto marcata, che perdura da molto tempo. Alvo tendente alla stitichezza.

L'esame delle orine dette esito negativo.

La radioscopia rivelò una regolare espansione degli apici e delle basi polmonari.

La radiografia mise in evidenza, in corrispondenza del lobo superiore di destra, un'ombra della grandezza di una moneta da dieci centesimi, in parte già calcificata.

La temperatura, misurata accuratamente, raggiunse valori, che oscillarono fra 37°,3 e 37°,8.

Fu consigliata ad operarsi di appendicectomia: ma si ritenne opportuno di cercar di migliorar lo stato generale con una cura adatta. Nello stesso avremmo avuto il tempo e l'occasione necessari per un'osservazione accurata della paziente.

Sottoposta ad un regime di cure igieniche e medicamentose richieste dall'affezione di cui era affetta, l'ammalata cominciò a migliorare, finchè, dopo un mese e mezzo, notò che i dolori scapolari erano scomparsi e con essi la tosse. L'esame obbiettivo rivelava una graduale modificazione delle condizioni del polmone di destra, nel medesimo senso, nel quale evolvevano i sintomi soggettivi. La febbre tuttavia perdurava con qualche rara e non marcata esacerbazione. Rimaneva, con la stessa blanda fenomenologia, il dolore appendicolare, il quale però, in due giorni, a distanza di un mese circa, l'uno dall'altro, subì un sensibile aumento. Dieci giorni di cura maretinica non portarono alcuna variazione nella curva termica.

Verso la fine di novembre, quando il peso dell'ammalata era aumentato di tre Kg. e lo stato

generale ed i sintomi polmonari erano notevolmente migliorati, si consigliò l'a. a sottoporsi all'intervento chirurgico.

Il 30 novembre, infatti, fu ricoverata nel nostro Ospedale. Il direttore non riscontrò alcun dato obbiettivo, che non concordasse con quelli già esposti.

Fu praticato l'esame delle orine, che dette esito negativo. L'esame del sangue ebbe i risultati seguenti: globuli rossi 4.000.000; Hb. 0,90; globuli bianchi 12.000.

Formula leucocitaria: linfociti 19 %; monociti 6 %; polinucleati neutrofili 74 %, eosinofili 1 %, basofili 0 %.

Il 2 dicembre fu praticato dal prof. Santucci l'atto operatorio, con le seguenti modalità:

Anestesia locale novocainica. Incisione addominale destra del Jalaquier, lunga cm. 10. Si apre la guaina del retto anteriore destro e si incide longitudinalmente la guaina posteriore, dopo aver spostato all'interno il margine esterno del muscolo. Si incidono poi la fascia trasversale ed il peritoneo. Si mette così ampiamente in luce la regione del cieco, che si riconosce subito, non appena sollevato in alto il grembiule omentale. La si estrae dolcemente e con quella si estrinseca la base appendicolare: l'appendice è volta in dentro, in alto e indietro, ma non presenta aderenze anomale, mentre il suo meso corto fa piegare su sè stessa la punta. Assicuratasi l'emostasi del meso con punti a catena, si taglia quello alla sua inserzione appendicolare: si lega con catgut la base dell'appendice stirata e così peduncolizzata dal fondo cecale e si escide con il galvanocauterio. Si affonda il peduncolo, con sutura a borsa di tabacco, si ripone in sede il ceco, si ricopre con l'omento, e si ricostruisce la parete addominale a strati. L'appendice era lunga 10 cm., ritorta su sè stessa, di forma cilindrica, del volume di un cannello di penna, a pareti spesse, a lume pervio, a mucosa integra, rosea e liscia, e con punti vasali evidenti.

Il peduncolo omentale ben sviluppato, grassoso, ma retratto verso la punta dell'appendice, sì da conferire a questa la forma di un'ansa. L'esame microscopico ha rivelato una infiltrazione della parete, modica, ma ben evidente, di leucociti polinucleati, e qualche raro ammasso di globuli rossi. Non cellule giganti. Scarsi elementi linfoidi.

Il risultato dell'operazione è ideale: l'a. non prova dolore, ma solo un lieve senso di molestia durante l'incisione del peritoneo parietale: alla fine dell'operazione dice di sentirsi benissimo e conserva questo senso di euforia per tutto il periodo post-operatorio e per tutta la convalescenza. La febbre, giunge la sera dopo l'intervento a 37°,6 e poi non si ripresenta più. Viene ripetuto l'esame delle orine con esito parimente negativo. L'a. continua a star bene, tanto che nell'immediato periodo postoperatorio non si nota nulla, che valga la pena di essere riferito. Al 7° giorno si disfà la sutura cutanea, che rivela una perfetta cicatrizzazione. In dodicesima giornata dall'intervento, l'a. lascia l'Ospedale ed è invitata a sorvegliare la temperatura ed a presentarsi periodicamente al nostro Ambulatorio per fornire notizie ulteriori sul suo stato di salute.

Nelle visite a lei praticate, ogni due settimane, dall'uscita dall'Ospedale fino a poco tempo fa, non si è riscontrato nulla di importante. Lo stato generale ha manifestato un graduale miglioramento, accompagnato da un ulteriore aumento di peso. Non febbre. Un mese e mezzo dopo l'intervento si praticava un esame di sangue, con i seguenti risultati: glob. rossi 4.500.000; Hb. 0,95; globuli bianchi 9.500.

Formula leucocitaria: linfociti 22 %; monociti 9 %; leucociti polinucleari neutrofili 67 %, eosinofili 1 %; basofili 0 %.

Quale interpretazione si deve dare a questa febbre a caratteri ben definiti, e costanti? Alla conclusione che tale movimento termico debba riferirsi ad un fatto appendicolare, non è difficile giungere, sia che si proceda con criteri diretti che indiretti.

Esisteva una febbre protrattasi per più di tre mesi in un ammalata affetta da un'infezione polmonare di natura specifica e nella quale pure esisteva un lieve risentimento appendicolare. Così, ad un primo e superficiale esame, sembra evidente e direi quasi necessario, ammettere un rapporto di stretta dipendenza fra il fatto polmonare ed il fatto termico. Ma, non appena si esamini un po' più attentamente il decorso della malattia, si notano molti fatti, che discordano con questo rapporto. Anzitutto un fatto semplice, evidente, banale: la febbre è caduta il giorno seguente l'atto operatorio. È chiaro che, se causa della febbre fosse stata la malattia polmonare, l'intervento chirurgico, con tutte le circostanze annesse, determinando una diminuzione notevole, se pure temporanea, della resistenza organica, non poteva non favorire la specificosi, la quale avrebbe avuto, molto più che in passato, facilmente ragione, almeno per qualche tempo ed in misura maggiore che per il passato, nella sua lotta contro l'organismo. Ed invece, durante tutto il periodo post-operatorio, necessario per riportare l'A. alle condizioni fisiche precedenti l'intervento, non si è mai avuto un accenno, ad un rialzo che, anche per poco, si scostasse dalla norma.

L'a., nei tre mesi precedenti l'operazione, fu sottoposta ad un regime di cure contro la malattia polmonare: regime di cura, si noti, che nelle norme dietetiche si doveva limitare con attenzione, proprio perchè sempre si è temuto l'esacerbazione del fatto appendicolare. Dopo due mesi circa, si è notato che molti sintomi avevano subìto delle variazioni in senso favorevole: il peso aumentato, lo stato generale migliorato, scomparsi i dolori scapolari, scomparsa la tosse, diminuiti i sintomi obbiettivi toracici, percussori ed ascoltatori. Ma si potrebbe obbiettare che l'appendicectomia

ha sottratto un focolaio flogistico, ha conferito una maggiore resistenza organica contro il processo specifico, per cui potrebbe essersi verificata la scomparsa della febbre. Ma si ricordi che questa è stata troncata di netto dall'appendicectomia, senza che vi sia stato cioè il tempo necessario ad un così rapido cambiamento di scena, se questo cambiamento avesse dovuto determinarsi a traverso gli elementi in lotta, organismo e bacillo tbc.

Ciò dimostra invece che l'elemento flogogeno era unicamente indovato nell'organo asportato.

E dopo tutto questo, si potrebbe ritenere inutile discutere più oltre per dimostrare che la febbre in parola non può mettersi in rapporto se non con la sindrome appendicolare: ma, come se ciò che precede non fosse sufficiente, esiste un'altra circostanza, che avvalora ancora di più il nostro asserto: in due giorni, il 30 settembre e l'1 novembre, quando l'ammalata ha notato un sensibile aumento dei dolori addominali, che si è protratto per tutto il giorno, alla sera la temperatura saliva rispettivamente a 38°,4 ed 38°,6.

Ed allora, al lume di tutti questi dati, non mi par fuori luogo formulare una domanda: Esiste una febbre appendicolare?

Se si potesse e si dovesse rispondere sulla scorta di una osservazione clinica, che ha avuto anche la sanzione del risultato operatorio, si dovrebbe rispondere in senso favorevole quanto deciso.

Ma, così facendo, non ci si salverebbe dall'appunto di una eventuale coincidenza: e fra la eventualità e le possibilità, in biologia, c'è anche questa, ancorchè le circostanze nelle quali questa supposta coincidenza si sarebbe verificata, siano così peculiari, da renderla più che problematica.

Ma ragioniamo: che cos'è l'appendice? Fra tutte le definizioni ontologiche e fisiologiche, quella che più soddisfa è così espressa: L'appendice è l'amigdala intestinale. Ed infatti essa si presenta tanto ricca in tessuto linfoide, che non ci darebbe sufficiente ragione di sè, ove si ritenesse semplicemente un organo involuto od involventesi progressivamente, perchè tolto dalla sua supposta ed originaria funzione digestiva, di quando l'uomo era prevalentemente vegetariano. Quella ricchezza in tessuto linfoide, non riscontrabile in alcun altro tratto del tubo gastroenterico, parla invece in favore della sua persistente funzione organica, funzione duplice, e cioè contribuente all'armonica e complessa funzionalità organica l'una, e difensiva contro le infezioni l'altra: così appunto come sono le amigdale ed ogni altro tessuto a costituzione linfatica.

Del resto noi vediamo che un semplice raffronto anatomico fra le tonsille e l'appendice non fa che avvalorare i concetti fin qui esposti. Le tonsille sono da considerarsi infatti come un conglomerato di tessuto linfoide, in quanto le cellule linfoidi infiltrano il parenchima in maniera diffusa, riducendolo a tessuto reticolato e vi si accumulano in noduli linfatici: il processo vermiforme da parte sua si differenzia dalle rimanenti parti dell'intestino per la straordinaria abbondanza di noduli linfatici, che si riuniscono a cumuli, spostando le ghiandole intestinali e raggiungendo l'epitelio, il quale appare del resto in molti punti attraversato dalle cellule linfoidi.

E se analogia esiste dal punto di vista anatomico, e se i fisiologi si sono in gran parte accordati nell'attribuire all'appendice una funzione molto simile a quella delle amigdale, non si capisce perchè, proprio al confine fra il campo fisiologico e quello patologico, dovrebbe quest'analogia interrompersi e non si dovrebbe fra i due organi trovare più alcun punto di contatto. Non esistono forse le febbricole ricorrenti, legate ad arrossamento delle tonsille, che appaiono ingrossate, più o meno sporgenti dai pilastri, e che giungono a dare disturbi della deglutizione e della respirazione? Non esistono le tonsilliti croniche, che si accompagnano anch'esse a rialzi termici, e, durante le quali, il medico attento scopre ora delle lacune più o meno numerose, ora un ascessolino alla superficie di una tonsilla ipertrofica, ora infine zaffi biancastri od accumuli discretamente abbondanti di sostanza caseosa, che si lasciano staccare con facilità? E non esistono le infezioni delle amigdale, che non dànno spesso altro disturbo che delle febbricole, dovute alla alterata funzionalità della ghiandola, alla reazione che vi provocano i germi infeziosi, i quali, destinati a morirvi od a vincere la barriera, dànno, durante questa lotta, dei segni della loro attività e immettono nel torrente sanguigno veleni piogeni, e inducono fatti setticemici più o meno leggeri, transitori o persistenti fino ad esaurimento della lotta locale, od almeno fino a che da questa prima fase si passi eventualmente alla seconda con l'invasione dei germi in tutto l'organismo, fino, cioè, alla manifestazione chiara della setticemia nel suo quadro svariato?

Al lume della critica dunque, prendendo come punto di partenza le conoscenze anatomo-

patologiche, si potrebbe dire che, anche in patologia, l'appendice si possa comportare come la tonsilla: questa, in rapporto alle infezioni aventi come veicolo principale l'aria esterna, quella nei riguardi delle infezioni di origine intestinale. E ciò appare anche più probabile, quando si pensi che la ricca flora batterica del cieco, ove i residui alimentari sostano e putrefanno, si presta bene alla loro virulentazione, che non può non essere senza effetto su un organo di preservazione, quale si suppone essere l'appendice. E nulla si oppone al pensare che una febbre di vario tipo, e non di tipo unico, sia l'esponente della lotta locale, che si svolge nella compagine dell'appendice fra elemento organizzato patogeno ed elemento linfatico difensivo: e la febbre allora sarebbe la risultante dell'immissione in circolo di una parte dei veleni batterici, che l'appendice non ha potuto trattenere e distruggere, nonchè di prodotti metabolici anomali del tessuto linfoide attaccato.

Concludendo, non possiamo escludere l'esistenza di una febbre appendicolare vera e propria, a curva varia, dalle elevazioni modiche e serotine, con aumenti fugaci in relazione ad intercorrenti esacerbazioni del processo flogistico, di una vera febbre regolare e subcontinua, ribelle a tutte le cure mediche e dietetiche, e che è unicamente in rapporto con l'evolversi continuo della flogosi appendicolare, sia essa cronica fin dalle origini, o consecutiva ad un processo acuto. E se tale possibilità deve esser sempre presa in considerazione, lo deve poi, a maggior ragione, quando coesista un'accidentale lesione polmonare specifica, alla quale si sarebbe indotti a riferire più volentieri il movimento febbrile. E mi ricorda, a questo proposito, il mio Direttore, un caso, da Lui operato quindici anni or sono, nel quale l'estirpazione di un'appendice fortemente infiammata, migliorò talmente le condizioni di un concomitante focolaio polmonare, da farlo volgere decisamente verso una vera e propria guarigione, tanto che, dopo qualche tempo, non esistevano più i segni clinici inequivocabili che il processo polmonare stesso accompagnavano.

Appare quindi logico avvertire che, dinanzi ad un soggetto, che presenti delle temperature febbrili e subfebbrili ed abbia qualche sintomo di malattia appendicolare, si pensi anche a questa possibilità: e ciò per non perdersi in una farraginosa terapia, che è inutile se non dannosa, mentre un atto operatorio può troncare il decorso di un male insidioso, che non può non destare serie preoccupazioni e che temporeggiando può esporre l'ammalato a pericoli seri e forse letali.

Se poi, come nel caso nostro, un tale processo subdolo si svolga in un soggetto altrimenti tarato, il liberarlo d'un tratto da una sofferenza, che, oltre ad essere un fomite di pericolo, è anche e continuamente una sorgente di avvelenamento, significa dargli una mano a combattere più efficacemente l'altra sua tara organica e a dominarla.

RIASSUNTO.

Da un'osservazione clinica, che egli descrive e discute, l'A. prende lo spunto per ammettere la possibilità di una febbre appendicolare a caratteri ben definiti, e per affermare la necessità di tener presente tale evenienza, specialmente nel caso in cui esista una concomitante affezione specifica.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'angiomatosi dei centri nervosi (malattia di Lindau) in particolare delle cisti del cervelletto.

(F. Roulet. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 25 luglio 1932).

Arvid Lindau nel 1926 riunì 275 osservazioni di cisti del cervelletto e mise all'ordine del giorno una nuova entità anatomo-patologica, l'angiomatosi dei centri nervosi, dimostrando che nella massima parte dei casi alla cisti si associa un tumore angiomatoso di dimensioni variabili, spesso assai piccole, ed a struttura istologica molto particolare. Inoltre Lindau ha il merito incontestabile di avere attirato l'attenzione sulle relazioni strette che esistono fra l'entità morbosa che porta il suo nome ed una affezione retinica descritta da v. Hippel, sotto il nome di angiomatosi retinica.

Riunendo tutte le osservazioni finora pubblicate sull'argomento e tre osservazioni personali dell'A., si ottiene un quadro anatomo-patologico caratteristico. Si trova in uno degli emisferi cerebellari una cavità cistica di dimensioni variabili, a pareti lisce, talora tinte leggermente in bruno, contenente un liquido giallo-citrino o arancione che si coagula spon-

taneamente in due o tre minuti. La parete della cisti è costituita da un tessuto gliale assai denso, fibrillare, povero di cellule; non esiste alcuna proliferazione cellulare. Nei rari casi tipici si trova inoltre un nodulo neoplastico, impiantato largamente sulla parete della cavità o incassato nel tessuto di nevroglia che delimita la cisti; si tratta di un tumore angiomatoso grigio-rossastro, talora francamente rosso, di aspetto moriforme, generalmente molle e che oltrepassa raramente il volume di una prugna. Esso può essere anche peduncolato e galleggiare nel liquido cistico. Si possono inoltre trovare altri angiomi a livello del sistema nervoso centrale o nella cute, oppure altre malformazioni in certi organi.

Il tumore, all'esame istologico, si compone di regioni ricche di cellule, con una quantità di vasi capillari a pareti fragili, e di regioni meno ricche di cellule in cui predomina il tessuto connettivale ialinizzato o scherotizzato, con grandi cavità sanguigne.

Oltre alla frequente associazione con l'angiomatosi della retina, si osservano quasi sempre altre malformazioni (cisti renali e pancreatiche, surrenali accessorie, ipernefromi, angiomi cutanei), che possono essere considerati come delle malformazioni neoplastiche coordinate, sviluppatesi dopo la nascita sulla base di disturbi embrionari dell'abbozzo tissulare mesenchimale locale. È da mettere anche in evidenza l'associazione assai frequente degli angiomi midollari con una siringomielia. È notevole il fatto che gli angiomi del romboencefalo siano quasi sempre degli emangioendoteliomi capillari localizzati nella linea di chiusura della gronda midollare. Se si studiano i casi di siringomielia al loro inizio, si può osservare che dei fasci connettivali gracili, particolarmente ricchi di vasi sanguigni, si affondano nella sostanza grigia; si potrebbe dunque ammettere che questi fasci connettivi siano isolati dai loro rapporti esterni nel periodo della chiusura della gronda neurale e che essi possano, in condizioni che ci sfuggono, subire una evoluzione ulteriore determinando la formazione della siringomielia e di angiomi, isolati o associati. C. TOSCANO.

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori frontali.

(G. DE NIGRIS. *Riv. Oto-neuro-oftalm.*, giugno-luglio 1932).

L'A. illustra un caso di tumore frontale che è capitato sotto la sua osservazione. Si trattava di un giovane di 18 a., con anamnesi famigliare negativa, epilettico fin dall'età di 6 anni, il quale all'ingresso in Clinica presentava:

a) *una sindrome epilettica classica* con convulsioni generalizzate, non frequenti ma piuttosto gravi ed insorte fin dalla prima infanzia;

b) *una sindrome oculare*, caratterizzata da esoftalmo destro pronunciato, atrofia oculare a destra, edema papillare a sinistra con conservazione del *visus* da questo lato;

c) *una sindrome da ipertensione cerebrale* (cefalea, vomito a digiuno, *liquor* a pressione elevata con lieve dissociazione albumino-citologica);

d) *lieve paresi facciale* a tipo centrale.

All'esame psichico appariva lucido orientato nel tempo e nel luogo: i processi ideativi e percettivi erano alquanto rallentati, la memoria torpida specialmente nella evocazione dei ricordi. In complesso presentava un'intelligenza inferiore alla media della sua età e la psiche puerile di un dodicenne.

Durante la degenza in clinica l'O. D. andò aumentando sempre di volume finchè cadde in completo sfacelo e nell'orbita si fece strada una massa dura, bernoccoluta. Fino alla morte, avvenuta in coma circa 7 mesi dopo la comparsa delle prime cefalee, le condizioni psichiche del paziente rimasero pressochè invariate, se si eccettua una notevole euforia.

L'autopsia dimostrò una massa tumorale bernoccoluta e assai voluminosa aderente alla faccia basale del lobo frontale destro e che sospingeva il lobo stesso verso la calotta superiore, comprimendolo e deformandolo.

La massa tumorale era addentrata nella sostanza cerebrale in cui aveva scovato una nicchia dalle pareti rammollite. Il tumore del volume di una grossa arancia, di colore rosso violaceo, presentava una superficie irregolare lobata e bernoccoluta, ricca di grossi vasi sanguigni. Esso occupava tutta la fossa anteriore destra e buona parte della sinistra, estendendosi in senso antero-posteriore dalla apofisi cristagalli al chiasma ottico, ed, in senso trasverso, tutta la piccola ala destra dello sfenoide e gran parte di quella sinistra. L'ala destra dello sfenoide appariva del tutto distrutta fino alla base in modo che tra la fossa cranica anteriore e quella media non esisteva alcun tramezzo. In corrispondenza della parte orbitaria dell'osso frontale del lato destro, la massa tumorale si approfondava attraverso la meninge ed il tavolato osseo sottostanti usurati, venendo a fare una sola massa col tumore occupante l'orbita corrispondente; al taglio il tumore si rivelò di consistenza scirrosa, stridente al taglio: istologicamente constava di uno stroma di connettivo giovane a larghe maglie ripiene di numerosissimi elementi linfoidi. Qua e là fra il connettivo erano interpolate gittate di tessuto cartilagineo. Si fece diagnosi di linfoangioendotelioma.

L'A. fa seguire all'illustrazione del caso alcune considerazioni sulla difficoltà di diagnosi

dei tumori frontali e sulla frequenza nella sintomatologia di essi del tripode considerato caratteristico: i disturbi psichici, i disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria, i disturbi della mimica. G. LA CAVA.

VIE BILIARI.

Trattamento conservativo della colecistite.

(I. T. MASON e J. M. BLACKFORD. *Journ. Am. Med. Ass.*, 10 settembre 1932).

Secondo cognizioni acquisite soltanto in questi ultimi anni una cistifellea malata è quasi sempre accompagnata da alterazioni infiammatorie del fegato e dei dotti biliari, con conseguente danno della funzione epatica. La migliore conoscenza che oggi abbiamo dei vari fattori che influenzano questa funzione ha fatto sì che nella ultima decade la percentuale di morti in ospedale in seguito ad operazione per colecistite cronica sia discesa dal 6% al 2%. La cura della colecistite cronica è stata sinora in gran parte chirurgica: e tale dovrà essere nei casi in cui dei fenomeni gravi richiederanno l'intervento del chirurgo.

Ma vi sono una gran quantità di colecistiti croniche, che anche col solo trattamento medico, sia stato questo consigliato dal medico stesso oppure praticato perchè il malato si è rifiutato di farsi operare, pure giungono ad uno stato di apparente guarigione con allontanamento completo dei sintomi.

Gli AA. sono convinti che una buona parte dei casi di colecistite cronica operati con successo e cioè con la guarigione del malato avrebbero potuto essere trattati sin dall'inizio medicalmente e con eguale risultato.

Gli AA. hanno fatto uno studio di 600 cartelle cliniche di pazienti affetti da colecistite cronica di cui alcuni furono operati ed altri no. Il confronto dei risultati ottenuti con la cura medica e di quelli ottenuti con la cura chirurgica è interessante. Degli operati l'83 % era stato quasi completamente liberato dai disturbi di cui soffriva, il 13% accusava ancora dei sintomi ma di minore intensità, il 4 % non aveva avuto alcun vantaggio. La cura medica riguardava 200 pazienti, dei quali la diagnosi si poteva ritenere sicura nel 90% dei casi: di questi pazienti un terzo guarì completamente, almeno clinicamente, un terzo andò al chirurgo in un periodo di 3 a 5 anni dal momento in cui la diagnosi fu fatta, un terzo per la continuazione ed accentuazione dei sintomi, avrebbe dovuto subire l'intervento ma si rifiutò.

Sia la cura medica che quella chirurgica richiedono di prendere in considerazione alcuni dati ormai ben accertati, dopo le numerose ricerche di questi ultimi anni intorno al meccanismo della funzione epatica.

Si sa infatti che a fegato alterato nella sua funzionalità, le migliori condizioni sono quelle che permettono una alta riserva di glicogeno. A tale scopo la somministrazione di destrosio per bocca, meglio che per via endovenosa, è realmente il miglior metodo per formare delle riserve di glicogeno vitale. La via endovenosa non è consigliata in quanto gran parte di destrosio non è immagazzinato e passa direttamente nell'urina.

Da combattere anche la disidratazione, persistendo la quale il fegato non è capace di immagazzinare glicogeno. Come anche l'alcalosi o l'acidosi sarà combattuta con la somministrazione di cloruro di sodio, se i reni sono integri: se esiste chetosi il cloruro di sodio sarà dato insieme col destrosio.

Se i reni non funzionano perfettamente, si stimolino con acqua distillata contenente il 15 % di destrosio, prima di somministrare il cloruro di sodio.

Mann ha dimostrato che animali a fegato alterato restano in vita più a lungo se mantenuti a dieta idrocarbonata che a dieta proteinica. Ne viene di conseguenza che un paziente, avente alterazioni epatiche, dovrebbe essere tenuto a dieta ricca di carboidrati e povera in proteine. Il basso cantenuto in proteine della dieta evita al fegato di affaticarsi esercitando i suoi poteri disintossicanti sui prodotti della digestione delle proteine. Bisogna infatti pensare che ogni meccanismo (sia esso dovuto a danno della cellula epatica oppure a modificata attività chimica di essa) che tende a svuotare il fegato dalla sua riserva di glicogeno, aumenta molto i rischi operatori.

In sostanza lo studio degli AA. viene a confermare l'opinione ormai accettata dalla maggior parte degli studiosi che le colecistiti croniche, che non hanno avuto alcun beneficio dalla cura medica, possono migliorare e guarire mediante l'intervento. Purtuttavia contrariamente a quanto pensano i chirurgi, in un terzo circa dei casi il trattamento medico può essere sufficiente. D'altra parte i malati che hanno aspettato degli anni prima di farsi operare, permettendo così che si stabilissero delle alterazioni a carattere permanente della cellula epatica e delle vie biliari, non possono aspettarsi dall'intervento una guarigione totale, che avrebbero avuto se l'intervento fosse stato immediato. Ne deriva che quando il trattamento medico non dà un immediato miglioramento o guarigione, l'intervento deve essere consigliato ed attuato nel più breve spazio di tempo possibile.

G. LA CAVA.

Breve sguardo alla clinica delle affezioni colecistiche.

(J. MASSION. *Le Scalpel*, 20 agosto 1932)

La sintomatologia delle affezioni della vescicola biliare è ricca di fenomeni vari: dolori locali o eterotopici, disturbi funzionali digestivi, crisi lievi e gravissime coliche, sintomi atipici simulanti altre forme morbose. Volendo brevemente elencare le varie manifestazioni, si possono distinguere:

1) *Quadri lievi*, episodici o continui, diretti o riflessi; tra questi: *a*) le piccole crisi parossistiche, consistenti in dolori epigastrici bruschi, vivaci, di breve durata, non influenzati dal cibo nè dagli alcalini; *b*) i vomiti isolati successivi all'ingestione di cibo; *c*) le « crisi dei tre giorni » spesso premestruali nella donna, consistenti in una dolenzia epigastrica o sottocostale destra, costante, non influenzabile con i cibi; *d*) le dispepsie riflesse, sia ipersteniche che iposteniche, della durata di giorni e di settimane: spesso l'un tipo trapassa nell'altro: è da notare la frequenza con cui una dispepsia ipostenica di origine vescicolare viene diagnosticata come ptosi gastrica essenziale; *e*) l'aerofagia: alcune crisi violente aerofagiche potrebbero essere veri equivalenti di coliche epatiche; *f*) la diarrea prandiale; *g*) la cefalea.

2) *Quadri tipici di colica epatica*: sarà bene ricordare che non raramente la colica epatica assume caratteri angosciosi, collassanti, tendenti alla sincope, e che le ormai abbastanza note coliche pseudo-anginose non sono così rare come molti pensano. È stata osservata una sintomatologia di eretismo cardiaco con angoscia come equivalente di una colica.

3) *Sensazioni dolorose a distanza*: classiche e ben note sono le dolenzie all'epigastrio, alla spalla e al braccio destro; meno conosciute sono quelle alla nuca e all'occipite: il dolore alla punta della scapola, in verità più frequente nella periduodenite e nell'ulcera duodenale, può far erroneamente pensare ad una pleurite. Il dolore retrosternale fisso sembra dovuto ad uno spasmo esofageo, come anche il « nodo alla gola » troppo spesso fallacemente interpretato come isterico. Anche dolori medio dorsali e lombari, perfino all'ipocondrio sinistro, per quanto piuttosto atipici, possono essere l'indice di una affezione vescicolare.

* * *

L'esame fisico della colecisti si basa sovrattutto sul rilevamento del segno di Murphy: il porre il malato in decubito laterale sinistro facilita spesso questa manovra e anche la palpazione della cistifellea. La presenza di urobilina nelle urine di un colecistico ci indicherà una sofferenza epatica. L'esame radiologico praticato con adatta tecnica potrà mettere in evidenza calcoli, gomitature, difetti di riempimento. Il sondaggio duodenale associato alla prova di Meltzer-Lyon (iniezione intraduodenale di solfato di magnesio al 30%) potrà darci dei risultati che possono venire riuniti nei seguenti gruppi:

1) Assenza di bile B: ciò indica con certezza ostruzione del cistico o esclusione funzionale della cistifellea.

2) Bile B abbondante, densa e ricca di colesterina e di pigmenti: si tratta della sindrome detta di Chiray della colecistoatonia e dove i sondaggi ripetuti danno il miglior risultato terapeutico.

3) Bile B di colore verde: vi è presenza di ossidasi dovute a stasi o a infezione della vescicola.

Nei casi di calcoli del coledoco è possibile dopo uno o più sondaggi del tutto negativi, raccogliere infine della bile, cosa che non avviene mai nei tumori ostruenti le vie biliari.

* * *

La classificazione delle varie affezioni della colecisti e delle vie biliari, ci porta a distinguere anzitutto, tra le forme infiammatorie, le litiasiche dalle non litiasiche. Delle *f. litiasiche* è la colelitiasi la più comune: ricorderemo la grande frequenza di calcolosi ignorate asintomatiche; e non dimenticheremo la frequente evoluzione verso la scleroatrofia della colecisti calcolosa, fatto che porta a dolori continui e che spesso, quando si accompagna a litiasi del coledoco, favorisce la comparsa di una pancreatite cronica e talora anche acuta.

Spesso, nell'incertezza diagnostica, la costatazione di una colesterinemia elevata deve far propendere per la calcolosi. La calcolosi del cistico porta spesso all'idrope della cistifellea: la diagnosi vien fatta rapidamente col rilievo clinico di una tumefazione globosa, spesso intermittente, in sede cistica. La litiasi del coledoco non di rado può non essere accompagnata da ittero e dare tuttavia dolori ed elevazioni febbrili: un fegato grosso e dolente e la presenza di urobilina nelle urine, specie nei periodi accessuali, ci indicheranno, in mancanza dell'ittero, l'esistenza di un certo grado di stasi biliare. La colecistite litiasica evolve non raramente verso la suppurazione: a tal proposito faremo notare che una leucocitosi anche abbastanza elevata (15-20.000) non impone un intervento così immediato come per una appendicite.

Delle *colecistiti non litiasiche*, le forme acute possono incontrarsi in tutte le m. infettive e specialmente nel tifo, come anche nella gravidanza verso l'8° o il 9° mese. Le forme croniche sono molto più frequenti di quel che non si crede comunemente e meritano molta attenzione: la maggior parte di esse sarebbe di origine intestinale e complicherebbe soprattutto

una colite dell'ascendente. (Ricordiamo d'inciso a questo proposito le brillanti vedute di Leotta nella sindrome addominale destra e sulla derivazione delle colecistiti da appendiciti croniche). I sintomi della colecistite in queste forme si complicano con quelli della malattia intestinale: stipsi e diarrea, dolori colici. Spesso la colecistografia riesce negativa, ma l'immagine di una periduodenite e — quando si rende visibile — di una colecisti deforme metteranno nella giusta via, insieme con il quadro radiologico della colite dell'ascendente.

Simile a questa, ma più spesso asintomatica è la pericolecistite plastica, spesso di origine appendicolare o da un'ulcera del duodeno.

La colecistoatonia, che ha come conseguenza una stasi biliare nella vescichetta, non ha sintomi netti, ma si manifesta il più spesso con astenia generale, scarsi dolori, fenomeni dispeptici, cefalee. Il sondaggio del duodeno dà esito ad una bile B densa e abbondante.

Ricorderemo infine il cancro — la cui etiologia più frequente pare sia una colelitiasi — e le parassitosi della vescicola biliare. Tra queste ultime la lambliasi è capace di dare sintomi di colecistite cronica: il neosalvarsan endovenoso ha dato buoni risultati in tali forme.

Puddu.

MISCELLANEA.

Ricerche comparative sugli effetti della somministrazione di fegato, di stomaco e di mucosa intestinale nell'anemia perniciosa.

(L. Crosetti. *Haematologica*, fasc. V, 1932).

L'A., che da vari anni si occupa dei moderni trattamenti opoterapici dell'anemia perniciosa, ha esteso ora le sue ricerche con l'intendimento di saggiare se, oltre lo stomaco ed il fegato, anche altre sezioni dell'apparato digerente fossero capaci di manifestare un effetto antianemico. Ha preso occasione dalla presenza contemporanea, nella clinica di Siena, di ben nove casi di anemia di Biermer per saggiare comparativamente gli effetti dei vari trattamenti.

Egli conclude come al fegato ed allo stomaco vada mantenuto il primo e decisivo posto nella scala delle sostanze attive nella opoterapia delle anemie primitive. La somministrazione di mucosa intestinale non si dimostra capace di influire in modo decisivo sulla riparazione dello stato anemico: è però costantemente capace di aumentare il tasso dei granulofilociti circolanti, fenomeno biologico che riveste la più grande importanza per il giudizio di attività di un mezzo antianemico. Per quale ragione, non ostante la crisi granulofilocitaria, viene a mancare una decisiva e sostanziale riparazione del quadro anemico?

La ipotesi più soddisfacente è, secondo l'A., che lo stimolo portato con la mucosa intestinale sia, per così dire, qualitativamente e quantitativamente insufficiente alla completa modificazione midollare: sia cioè capace di causare un esaltamento della eritropoiesi, ma che i globuli rossi venuti a formazione in seguito a questo stimolo non siano dotati di quelle normali proprietà che li rendono capaci di un normale ciclo vitale oppure che la crisi granulofilocitica non sia che l'espressione di una accelerata e più precoce messa in circolo di elementi non ancora giunti a perfetto stato di maturità e ciò attraverso una mobilizzazione del midollo e non per un vero aumento della eritropoiesi. L'A. pensa inoltre, in via d'ipotesi che la sostanza avente azione ematopoietica venga elaborata nello stomaco sano, da cui, attraverso il circolo, raggiunga gli svariati organi e venga maggiormente fissata dal fegato, dove essa subisce certamente delle modificazioni nella sua natura, raggiungendo così il suo stato di maggiore attività.

Praticamente dunque il fegato, alla dose di 200-300 gr. *pro die* è la cura da preferire, combinata col fegato, o con esso alternata, la gastroterapia risponde egregiamente come cura d'attacco.

G. La Cava.

La iperazotemia in alcuni stati comatosi.

(R. Izzo e J. Pangaro. *La Semana Médica*, 25 agosto 1932).

Gli AA., prendendo occasione da alcuni casi di iperazotemia capitati sotto la loro osservazione in stato comatoso di varia origine (coma, diabetico, coma uremico e coma per emorragia cerebro-meningea) fanno delle interessanti osservazioni sugli stati iperazotemici in generale. La determinazione della azotemia — essi dicono — acquista valore soltanto quando si ricercano, oltre all'urea, anche gli altri elementi della serie nitrogenata e cioè l'azoto totale, l'azoto ureico, l'azoto residuale, la creatinina e l'acido urico.

Essendo inoltre l'iperazotemia una sindrome chimica, essa può di conseguenza presentare quadri simili in stati comatosi di origine diversa: è perciò che il solo reperto di laboratorio possiede scarso valore diagnostico se non si riferisce al quadro clinico in ciascun caso: solo così la determinazione della serie nitrogenata in momenti distinti di una iperazotemia, di qualsiasi origine essa sia, può efficacemente contribuire a stabilire la diagnosi. Vi sono sufficienti elementi però per poter distinguere la iperazotemia delle nefropatie croniche dalla iperazotemia di altri stati comatosi, in cui essa rientri nel quadro clinico generale. Così avviene con relativa frequenza nel coma diabetico: in questo l'apparire della iperazotemia è concomitante all'installarsi del coma e tende a scomparire di pari passo col mi-

glioramento del disturbo metabolico. Questa iperazotemia del coma diabetico può stabilirsi a carico di tutte le frazioni azotate e solamente a carico di alcune di esse. È meno frequente l'aumento di tutti i valori della serie ed in tal caso il fenomeno è transitorio: la sua persistenza fa invece sospettare la concomitanza di una nefropatia più o meno grave.

La cifra dell'urea ritenuta è talvolta elevata raggiungendo cifre considerevoli, ma di solito si mantiene sul 2%.

La iperazotemia nel coma per emorragia cerebro-meningea si stabilisce principalmente a spese dell'urea, mentre gli altri elementi della serie nitrogenata mantengono le loro proporzioni sensibilmente normali. Questa iperazotemi appare con il coma, segue fedelmente la evoluzione della malattia e quindi si normalizza con la sparizione del quadro clinico o aumenta con l'aggravamento di esso. L'aumento dell'urea, come nel coma diabetico, normalmente non supera il 2%.

La iperazotemia degli uremici (riferendosi alla insufficienza renale dei nefropatici cronici) si accompagna quasi costantemente all'aumento di tutti gli elementi della serie nitrogenata. È questo il principale criterio per la differenziazione chimica di queste iperazotemie da quelle per coma di altra origine. Nella forma uremica poi le cifre, per quanto variabili, sono sempre elevate, dipendendo le loro modificazioni dai distinti fattori che intervengono nel suo determinismo.

L'istituzione di un regime alimentare adeguato può portare la diminuzione dell'azoto residuo, fatto che si spiegherebbe con la diminuzione degli aminoacidi che contribuiscono con una alta percentuale alla formazione di esso.

Il livello dell'urea può discendere fino ad un certo limite, sotto l'influenza della dietetica: non così la creatinina, la cui presenza dipende dal disturbo endogeno. La curva della serie dei composti nitrogenati nelle nefropatie croniche, presenta come carattere essenziale la progressività dei distinti valori azotati che permettono di distinguerla nella maggioranza dei casi dalla curva iperazotemica di altri stati morbosi.

La cifra di urea suole raggiungere valori alti, sorpassando con frequenza il tasso del due per mille. G. LA CAVA.

Nefrite da malaria quartana ed emoglobinuria malarica quali malattie familiari o domiciliari.

(G. GIGLIOLI. *Riv. di Malariologia*, luglio-agosto 1932).

La nefrite da malaria quartana e l'emoglobinuria malarica sono relativamente frequenti nella Guiana britannica. L'A. ne accumuna lo studio perchè tutt'e due sono in dipendenza di un'unica causa: la malaria.

Per nove anni e mezzo consecutivi l'A. ha raccolto osservazioni in proposito nella valle del Demerara, su una popolazione di circa 6500 abitanti, appartenenti a varie razze, e con forte morbosità malarica.

In quella zona la quartana non è molto frequente, poichè raggiunge il 4,1 % dei casi di malaria. La nefrite da quartana è relativamente frequente: 30 casi ne descrive il Giglioli. Si tratta di una malattia ad andamento subcronico, ad inizio spesso latente; essa (come pure l'emoglobinuria malarica) è in stretto rapporto coll'epidemia malarica, poichè tutt'e due queste complicazioni mancano negli anni in cui la malaria è mite e compaiono dopo epidemie malariche. La nefrite compare quasi esclusivamente per infezione da quartana (è rarissima per la terzana benigna) e colpisce più facilmente i bambini. Tanto la nefrite quanto l'emoglobinuria colpiscono a preferenza individui di razze miste, e tendono a manifestarsi in certe case e in certe famiglie presentando quindi caratteri epidemiologici comuni.

Su 22 casi di nefrite da malaria quartana in bambini al disotto di 16 anni veduti negli ultimi 5 anni, 14 erano tipicamente familiari (divisi in 5 famiglie).

Negli ammalati di quartana si ebbe albuminuria nel 27,5 % degli adulti e nell'81,4 % dei bambini (mentre in bambini affetti da primaverile o da malaria maligna la percentuale degli albuminurici era solo dell'11,2 %) e questa elevata percentuale di albuminurici si aveva in soggetti nei quali la malaria non era stata curata. Certamente si tratta di uno stesso ceppo di parassiti che si sviluppano nella famiglia e nella casa.

Lo stesso aspetto di malattia familiare e domiciliare ha la febbre emoglobinurica, di cui l'A. riporta 61 casi, e tra questi 22 (cioè il 36 %) osservati in solo nove famiglie o case. La febbre emoglobinurica però non è in rapporto con la malaria cronica, ma con infezioni recenti e questa dipendenza fra infezione malarica e febbre emoglobinurica rende probabile l'ipotesi di Nocht che la febbre emoglobinurica dipenda da speciali ceppi di *Plasmodium falciparum*.

L'ammettere una infezione malarica domiciliare caratterizzata da emoglobinuria in una zona dove l'emoglobinuria c'è, ma non è frequente, implica necessariamente l'esistenza di un'infezione domiciliare un po' diversa dalla malaria ordinariamente presente nella zona e che quindi la febbre emoglobinurica sia conseguenza di infezione da ceppi speciali di Plasmodi, morfologicamente non distinguibili dalle forme ordinarie, ma caratterizzati dalla pro-

prietà biologica di produrre emolisi. A favore di tale ipotesi sta anche il fatto che spesso la febbre emoglobinurica compare simultaneamente in una famiglia e nelle sue vicinanze, il che fa pensare non ammissibile sempre, come si è detto fin'ora, che nella determinazione dell'emoglobinuria al fattore malarico si debba aggiungere un fattore individuale che faciliti l'emolisi.

R. Lusena.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. Boris H. Vassileff. *La responsabilità penale del tubercolotico dal punto di vista medico-legale* (II edizione; presso l'editore Luigi Pozzi, Roma). Prezzo L. 25.

Il problema della responsabilità dei tubercolotici e le caratteristiche della loro psiche singolare, fanno oggetto di uno studio recente del dott. Vassileff, che viene ad arricchire la letteratura medica di un suggestivo contributo.

Argomento interessantissimo, giacchè le forme tubercolari palesi o latenti sono largamente rappresentate fra i cosidetti sani, in coloro, dunque, che vivono la vita comune nelle più varie contingenze della vita.

Studiare la responsabilità giuridica dei tubercolotici significa avanti tutto stabilire dei capisaldi di valutazione utili in ogni occorrenza nella pratica forense, perchè la minorazione di responsabilità dei tubercolotici è di quelle, che non appaiono per stigmate banali e quasi volgari, imponendosi alla considerazione anche dei profani e significa ancora mettere in evidenza situazioni pratiche assai frequenti ad avvenire e che bisogna affrontare con sufficienza ed efficacia in modo organico e moderno.

Il libro del Vassileff pone infatti questioni moderne, sulle quali non hanno presa formulazioni fatte e prassi annose e rutinarie. In queste ricerche, guai a soddisfarsi di parole senza contenuto come molti dommi scolastici e molte orientazioni tradizionalistiche, che acquetano l'inerzia mentale e nulla più.

La tubercolosi è poco nota nel mondo giuridico e sociale, perchè è stata considerata come obbietto di controversie medicofarmaceutiche e di speculazioni non tutte dottrinarie ed accademiche.

Nel libro del Vassileff il tubercolotico è un problema vivo, che riguarda la convivenza, la storia, la tradizione, la leggenda e il suo razionale significato.

Certo come tutti i problemi che si agitano intorno alla tubercolosi e ai tubercolotici, il problema della responsabilità del tubercolotico, già da tempo variamente valutato, esce da una crisi dottrinale e va avviandosi verso un periodo di necessaria revisione su la base di nuove conoscenze e soprattutto di nuove esperienze. Nulla si muove con tanta rapidità e profondità come la patologia e la clinica della tubercolosi.

La tubercologia in questo primo quarto di secolo si trova nella fase di sviluppo, in cui si trovava la neurologia alla morte di Charcot. I dati classici sono già posti da lavori dell'ultima parte del passato secolo; occorre svilupparli e in superficie e in profondità, e ciò sia nel campo psichico sia nel campo fisico. In questo ordine di fattori rientra la pubblicazione del Vassileff, il cui interesse viene moltiplicato dalla rinascita di studi clinici e patologici delle forme tubercolari.

Certo se le conoscenze psicofisiologiche fossero più progredite nel diagnostico e nella valutazione, come la fisiologia patologica delle varie specie di morbi sta diventando, anche il problema della responsabilità del tubercolotico sarebbe definitivamente sistemato. Molti elementi psico-sociali nella valutazione della responsabilità sono tuttora al contrario allo studio o non ancora liberati dalle brume della doxologia di molti anni indietro.

Ad ogni modo il metodo storico del riavvicinamento fra lo stato morboso e la condotta psichica dei soggetti, se pure alle volte estrinseco, è sempre fecondo di risultati, quando sia bene impostato. Ora tale metodo è, nel campo della storia e della tradizione storica, applicato dal Vassileff con ardimento e con coraggio notevoli.

Le figure dei tubercolotici egocentrici, perseguitati-persecutori, anomali, eccessivi, spesso acritici nel pessimismo e nell'ottimismo, ribelli, eroici, entusiastici o disperati, artisti, estesiomani, o criminali, assumono nel libro del Vassileff il loro profilo e rilievo ed essi si vedono operare nella vita quotidiana o nelle vicende drammatiche, tragiche o grigie delle nazioni.

Questo materiale d'indagine l'A. raccoglie egualmente d'ogni parte; tra i vivi e tra i morti, nel carcere, nel panteon degli uomini illustri e nel calendario fra i santi.

E se tale inchiesta ha i suoi rischi o suscita delle emozioni tra i seguaci di altre convinzioni, serve tuttavia a ventilare concetti, a porre problemi, a creare discussioni, a muovere interesse sopra punti dottrinali e pratici o di indagine, che dovrebbero essere positivi ed hanno la possibilità di esserlo. Ma dall'attrito delle idee e dal cozzo delle fedi e delle tendenze sorge la verità.

Ogni idea che suscita degli echi in qualunque senso, ha delle possibilità di sopravvivere.

L'opera del Vassileff, come si vede, si porta sopra un campo di massimo interesse e veramente fascinante e lo attraversa con disinvolta serenità; attacca posizioni munitissime con sprezzante decisione, senza curarsi del pericolo e senza timore di opposizioni che, situazioni

concettuali molto solide, mantengono forti del comune consenso.

Per questo è un'opera di coraggio e di ardimento, come si è già accennato.

E il coraggio, in argomenti di questa specie, non è senza costo di sofferenze, come tutto ciò che lotta per sostituire persuasioni opposte o difformi alle convinzioni più diffuse nell'opinione pubblica del proprio tempo.

È opera ardua e spesso ancora penosa lottare contro ciò che i propri contemporanei credono, con la piena quiescenza di chi non intende di allontanarsi dalla tradizione, specie se appare comoda e tutioristica.

Questa lotta per il dissodamento della petraia degli antichi convincimenti è quanto mai aspra, quando si tratti di stabilire dei casi di minorata responsabilità giuridica o delle figure d'irresponsabilità penale. Il popolo non è proclive a codeste discriminanti e spesso anche nell'ambiente giuridico si trovano resistenze e opposizioni inattese.

In Gran Brettagna non sono più andate in uso delle leggi che comminavano pene corporali agli animali che si rendevano colpevoli di qualche malefatta contro la cittadinanza...

Ma non sono state abrogate, perchè il vecchio detto Britannico suona: *nolumus leges Angliae immutari.* Ma la forza della tradizione non è meno forte in altre nazioni dove pure non si processerebbero gli animali.

Per questa ragione ancora l'opera del Vassileff suscita in noi un vero e umano interesse.

Aggiungerò che, per quanto straniero, il dott. Vassileff, che ha studiato in Italia, maneggia la lingua nostra con grande padronanza ed efficacia, e si fa leggere con facilità, anche quando si perde nelle sirti dell'analisi scientifica dei concetti biologici e giuridici.

L'opera del Vassileff è dunque una di quelle che avrà molti lettori, e si raccomanda da sè.

Prof. G. BRECCIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

LECERCLE. *Eléments de chirurgie.* Vol. di pag. 800 con 493 figure. Masson e C.ie, Paris, 1932. Fr. 125.

L'A., chirurgo a Damasco, ha raccolto ed espone brevemente nozioni di patologia chimica, di clinica e semeiotica, di tecnica operativa.

È un sunto delle nozioni più importanti, rapido, che deve servire come preparazione ai trattati più estesi. Lo stile piano e brillante cui ci hanno abituato gli AA. francesi non ci fa avvertiti della quantità di nozioni forzatamente condensate in non molte pagine.

Il libro del Lecercle ha un notevolissimo valore didattico e lo studente ci troverà un utilissimo riepilogo delle nozioni acquistate.

P. VALDONI.

P. RHÉAUME. *Technique chirurgicale. Estomac et duodénum.* Vol. di pag. 266 con 234 figure. Masson, Paris, 1932. Fr. 50.

Il libro di chirurgia operativa del Rhéaume riguarda lo stomaco e il duodeno. Con numerose figure sono illustrati in vari tempi gli interventi più vari sullo stomaco e sul duodeno sia rispetto a vari metodi operatori che alle indicazioni.

Nel testo, l'A. pone le indicazioni dei vari metodi, ne illustra i vantaggi e ne discute il valore. La descrizione dell'atto operativo è precisa e fatta con grande chiarezza.

P. VALDONI.

H. SPITZY. *Terapia ortopedica per il medico generico. Deformità congenite.* Vol. di pagine 115 con 77 figure. Edit. J. Thieme, Lipsia, 1932. M. 7.

L'A. si propone di esporre, della terapia ortopedica delle deformità congenite, quella parte che può esser fatta da un medico non specialista. Non trascura però di accennare a tutti quei casi in cui è indicato assolutamente sia un intervento che delle correzioni ortopediche applicate dallo specialista. E ciò è importante perchè, nel caso pratico, il medico sappia fino a dove può arrivare personalmente e che cosa possa ottenere sia con mezzi semplici che con mezzi ortopedici cruenti o incruenti.

P. VALDONI.

A. v. KORANYI. *Enfermedades de los riñones.* Un vol. in-8° di 383 pag., con 37 fig., rilegato. M. Marin ed. Madrid.

Abbiamo già dato notizia dell'edizione originale tedesca di questo buon trattato di patologia renale, che il prof. Barone v. Korànyi, direttore della III Clinica medica di Budapest ha svolto in 24 lezioni.

Esso ci si presenta qui ben tradotto in lingua spagnuola dal dott. J. Gonzàlez-Campo de Cos, in un bel volume, che si presenta bene anche dal lato editoriale.

Nella prima parte, sono poste le basi biologiche e cliniche della patologia, della diagnosi e della terapia funzionale delle malattie renali. Nella seconda sono trattate: l'ipertensione ed il morbo di Bright, le nefrosi, la nefrite glomerulare acuta e cronica, le nefriti croniche, con due lezioni sulla loro terapia. Da ultimo, uno sguardo complessivo sull'argomento e sulle classificazioni delle nefropatie.

fil·

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Seduta antimeridiana (21 *ott.*).

Seduta in comune con il XXXIX Congresso di Chirurgia.

Presidenza: Proff. ALESSANDRI-FRUGONI.

PARTE MEDICA.

Le epatiti croniche.

Prof. L. D'AMATO (Napoli).

(*Conclusioni*).

Il nome di epatiti croniche va riservato dagli anatomisti patologi ai processi infiammatori cronici diffusi del fegato. Non tutte le epatiti croniche sono delle cirrosi epatiche: meritano il nome di cirrosi soltanto quei processi infiammatori cronici che si accompagnano con diffusa distruzione del tessuto parenchimale dell'organo e con estesa produzione di cicatrici, causata dalla insufficiente rigenerazione degli elementi epiteliali del fegato.

Istologicamente il fatto fondamentale delle cirrosi è il pervertimento del piano strutturale del fegato (Kretz).

Rilievi sulla etiologia delle cirrosi. — La questione dell'importanza dell'alcoolismo nella etiologia delle cirrosi è più che mai viva. L'esperienza clinica quotidiana dimostra che l'abuso di bevande alcooliche precede spesso la cirrosi epatica; ma dall'altro canto vi è da considerare che un gran numero di bevitori sfugge alla cirrosi. Bisogna pensare, secondo alcuni, che nei bevitori nei quali si produce la cirrosi intervenga un altro fattore morboso a congiurare con l'alcool. Alcuni sospettano che questo fattore siano le sostanze tossiche che si formano nell'intestino per azione dell'alcool; altri pensano che siano delle sostanze tossiche diverse dall'alcool, contenute nelle bevande alcooliche; ma nessuna di queste ipotesi è ben documentata.

Il concetto di una cirrosi dispeptica già sostenuto da Boix e poi fortemente combattuto, non si deve ritenere definitivamente seppellito. Vi sono parecchi fatti noti nella scienza che lo appoggiano: così la facile insorgenza della cirrosi nei mangiatori di mitili, nei Bramini che non bevono alcool ma abusano di spezie irritanti, ecc.

Non è affatto dimostrata la importanza di alcune malattie infettive acute nella etiologia delle cirrosi, che alcuni AA. sostengono. Tra i fattori etiologici vanno considerati invece alcuni zooparassiti, la sifilide, la tubercolosi.

Bisogna considerare però due fatti: 1) non tutti coloro che si sottopongono all'azione di veleni cirrogeni diventano cirrotici; 2) in un numero non trascurabile di casi manca qualsiasi apparente momento etiologico. Per spiegare questi due fatti alcuni invocano il fattore costituzionale. Vi sono parecchie osservazioni le quali dimostrano la esistenza di aberrazioni somatiche dipendenti da disturbi endocrini nei cirrotici; ma fino a questo momento non sappiamo nulla di concreto sulla influenza che la disfunzioni endocrine possono esercitare sull'organismo per predisporlo alla cirrosi. Il fattore costituzionale è invece più evidente in alcune speciali forme di cirrosi, come quella di Wilson e come le cirrosi ipertrofiche familiari.

Patologia sperimentale e istogenesi delle cirrosi epatiche. — In questi ultimi anni sono state adoperate molte nuove sostanze per cercare di provocare la cirrosi negli animali; ma bisogna riconoscere che gli sperimentatori si sono allontanati molto dalle condizioni nelle quali si può sviluppare una cirrosi nella clinica umana.

La istogenesi delle cirrosi sperimentali, secondo Albot, accadrebbe nel modo seguente: l'unità anatomica elementare del fegato sarebbero le cellule epiteliali, i capillari, le cellule Kuppfer e la reticolina di sostegno. Questa unità ha ricevuto da alcuni il nome di « epatone ». Durante il processo infiammatorio ogni elemento dell'epatone reagisce a suo modo e presenta manifestazioni sia a tipo degenerativo sia a tipo proliferativo. Le cellule epiteliari del fegato sembrano gli elementi più sensibili all'azione dei veleni e quindi le loro alterazioni sono le più precoci. Le prime manifestazioni patologiche di queste cellule consistono nella « marginazione dei condriosomi » e poi nella omogeinizzazione atrofica del protoplasma con la scomparsa dei mitocondri e nella degenerazione grassa.

Gli osservatori francesi sostengono che nei casi di intossicazione o d'infezione leggera il lobulo epatico si altera dalla periferia verso il centro. Le lesioni percorrono alcune tappe che sarebbero le seguenti.

Le prime reazioni si osservano negli spazi periportali e consistono in lesioni cellulari e dilatazione dei capillari. È solo più tardi che si osservano fatti di reazione connettivale ed apparisce una iperplasia patologica della reticolina. Anche le cellule di Kuppfer appariscono precocemente tumefatte.

Una tappa ulteriore delle lesioni sperimentali sarebbe quella che Noël Fiessinger chiama « l'asimmetria lesionale ». In questo periodo il lobulo epatico ha modificato leggermente il suo aspetto, perchè le lesioni sembrano prevalere nella zona controlobulare che è la meno resistente.

Secondo Albot, le prime lesioni iniziali si osservano nelle cellule epatiche e non nel tessuto mesenchimale, come può essere dimostrato solo usando la tecnica istologica mitocondriale. È notevole che l'ispessimento della reticolina e la sclerosi non si sviluppano attorno ai vasi sanguigni e biliari ma si sviluppano nei posti nei quali è accaduta una distruzione di cellule epatiche.

Le osservazioni fatte su pezzetti di fegato asportati per biopsia da infermi di colecistiti o di itteri infettivi acuti sub-acuti e cronici, hanno fatto vedere delle chiazze necrotiche epiteliari con iperplasia della reticolina senza il pervertimento strutturale del fegato. Osservazioni biopsiche fatte su fegati di bevitori nel periodo preascitico hanno fatto notare le solite alterazioni trovate sperimentalmente (asimmetria lesionale, atrofia cellulare a travate, ipertrofia compensabile), che menano in ultimo al pervertimento del piano strutturale del fegato.

La patogenesi delle cirrosi colostatiche è legata indubbiamente alla stasi biliare; ma spesso al fattore meccanico si aggiunge il fattore infettivo.

Secondo Albot, l'istogenesi della cirrosi colostatica sperimentale percorre le seguenti fasi: Dopo

la legatura sperimentale del coledoco le alterazioni cellulari degenerative sorgono rapidamente, poi s'attenuano e scompaiono. Carattere fondamentale di queste lesioni è che sono sempre localizzate e mai diffuse. Nella parte periferica dei lobuli appaiono focolai necrotici e dilatazione dei canalicoli biliari intercellulari che in seguito si manifestano anche nel centro dei lobuli. Prolungando le esperienze, si va organizzando una cirrosi colostatica sopratutto perilobulare con cicatrici, sclerosi ed accenno a modificazione strutturale. Vi sono anche leggere alterazioni della milza.

Il Rössle propugna un'altra istogenesi: secondo lui, il processo anatomo-patologico sarebbe fondamentalmente una colangite, cioè una infiammazione delle vie biliari di medio calibro.

Nell'uomo il quadro clinico e quello anatomopatologico variano sopratutto secondo l'influenza di due fattori: l'intensità più o meno grande della stenosi del coledoco e l'esistenza o meno d'infezione secondaria. Quando la stasi non dura da molto tempo, si osservano nel fegato le note di una sclerosi periportale moderata; ma quando la stasi è di lunga durata, si può arrivare alla cirrosi anulare.

Il Rössle ritiene he le due teorie, quella cellulare e quella mesenchimale, non debbano essere contrapposte ma si completino. Egli pensa che i veleni epatici possano esplicare la loro azione in modo più o meno elettivo su qualcuna delle diverse parti del tessuto epatico, oppure su tutte le parti.

È evidente che nel tessuto epatico debbano essere colpite a preferenza le zone che vengono in rapporto più diretto coi tossici cirrogeni. Se si tiene presente che gli agenti nocivi vengono portati al fegato col sangue dell'arteria o della vena porta o raggiungono il parenchima per mezzo delle vie biliari in modo ascendente, si comprende bene che debbano essere colpite a preferenza le zone periferiche di lobuli.

Il prof. Tramontano, per mia ispirazione, ha studiato l'azione di alcuni veleni sul fegato con la tecnica fine adatta a mettere in evidenza tanto il sistema mitocondriale quanto quello reticoloendoteliare. I veleni adoperati sono stati il biossido di torio o thorotrast, il cloruro di manganese e l'acetato di rame. I risultati del Tramontano dimostrano che le sostanze tossiche adoperate agiscono dapprima sopratutto sugli elementi epiteliari del fegato e sugli elementi del reticolo-endotelio e solo in un periodo ulteriore si determina la proliferazione del connettivo.

Anatomia patologica delle epatiti e delle cirrosi epatiche. — I diversi trattati di anatomia patologica adottano classificazioni diverse. Il Rössle distingue una forma atrofica ed una forma ipertrofica della cirrosi di Morgagni-Laënnec. Divide le cirrosi ipertrofiche nelle seguenti categorie; 1) cirrosi ipertrofiche del tipo Laënnec; 2) cirrosi grasse; 3) cirrosi biliari; 4) cirrosi emato- ed angiotossiche. Meritano speciale delucidazione le due ultime categorie di cirrosi

Il Rössle suddivide le cirrosi biliari nei seguenti sottogruppi: 1) cirrosi colostatica; 2) cirrosi colangitica e colangiolitica; 3) cirrosi biliare colangiotossica o colangiolotica.

La cirrosi colostatica non ha bisogno di essere illustrata poichè dipende da ristagno delle vie biliari.

Nelle cirrosi colangitiche il processo morboso s'inizia come una colangite; ed è noto che quest'affezione può essere di origine ematogena oppure di origine acendente. La colangite cronica può finire in cirrosi biliare; però è bene notare che questo non accade sempre, perchè non sempre il processo colangitico determina le diffuse necrosi cellulari con consecutiva formazione di cicatrici che costituiscono il fatto culminante per la formazione di una cirrosi. In alcuni casi si possono avere necrosi circoscritte con cicatrizzazioni circoscritte, che non sono la cirrosi nel senso moderno della parola. Il più delle volte il processo morboso si diffonde alle vie biliari più fini, cioè alle prime radici biliari e allora vengono irreparabilmente colpite anche le cellule epatiche e in tali casi si deve parlare di *colangiti* o, meglio, di *epatocolangioliti*. È, in fondo, la forma descritta da Naunyn, da Umber e da altri. Albot non ammette questa forma morbosa, perchè ritiene che l'epatite sia il fatto dominante e le lesioni dei canali biliari siano secondarie.

Accanto alla forma colangitica il Rössle descrive la forma colangiotossica, dovuta ad azione di alcune sostanze tossiche sulle vie biliari.

Parrebbe che sperimentalmente i sali di manganese possano realizzare questa varietà morbosa, almeno secondo Findlay; ma queste ricerche aspettano conferma. Questo tipo di cirrosi colangiotossica ammesso dal Rössle è il meno documentato nella patologia umana ed è anche il meno precisato dal punto di vista anatomo-patologico. Il Rössle sarebbe propenso a fare rientrare in questa categoria i casi di cirrosi giovanile con o senza infantilismo.

Tra le cirrosi biliari propriamente dette la maggior parte degli AA. includono la cirrosi di Hanot. Secondo la descrizione data da questo osservatore e da altri in questa forma di cirrosi i fatti culminanti sarebbero l'ottima conservazione delle cellule epatiche, l'aumento del loro volume, la loro tendenza a proliferare, l'aumento del connettivo senza tendenza alla sclerosi, e sopratutto la presenza di una colangite e di una pericolangite con enorme neoformazione di canalicoli biliari.

Quest'ultimo particolare non fu confermato da osservatori posteriori e specialmente dal Kretz, il quale fissò i caratteri istologici di questa forma anatomo-clinica escludendo nel modo più assoluto la partecipazione dei vasi biliari al processo morboso.

Definita così la malattia di Hanot, risulta una malattia molto rara e recenti osservazioni permettono di pensare che essa sia molto spesso di natura luetica.

Accanto a questi casi di cirrosi biliari ne sono stati descritti altri, apparentemente identici, ma istologicamente molto diversi.

Il Rössle ha dato il nome di cirrosi angioematotossiche ad alcune forme nelle quali i veleni cirrogeni esplicano la loro azione nociva in modo prevalente sull'apparato vasale del fegato, mentre è meno evidente l'azione sulle cellule epatiche. In fondo viene attaccato a preferenza il sistema reticolo-endoteliare. In queste forme vengono attaccati contemporaneamente anche la milza ed anche altri organi, sicchè si forma una malattia di cui la cirrosi è solo una parte. In questa famiglia il Rössle colloca le malattie epato-lienali di Ep-

pinger, cioè le cirrosi splenomegaliche ipertrofiche, la malattia di Banti e le cirrosi pigmentate.

Questo gruppo sarebbe particolarmente interessante, perchè, secondo Eppinger, le lesioni del fegato sembrerebbero avere un'importanza secondaria di fronte a quelle della milza, tanto è vero che la splenectomia avrebbe un'azione fortemente benefica su tutto il quadro morboso.

Le forme descritte da Eppinger sono essenzialmente tre: 1) una forma di cirrosi splenomegalica senza ascite e senza itterizia; 2) un'altra forma di cirrosi splenomegalica con ittero permanente; 3) una forma accompagnata da anemia grave. Nella forma itterica Eppinger pensa che l'ittero sia in gran parte di natura emolitica.

Il Rössle ritiene che quando le sostanze tossiche agiscono non solo sul sistema reticolo-endoteliare ma anche sul sangue, si producono le cirrosi pigmentate.

La forma più importante di cirrosi pigmentata è la cirrosi emocromatosica, caratterizzata dal deposito negli organi di emosiderina, lipofuscina e melanina.

La patogenesi di questa forma morbosa rimane tuttora oscura malgrado le numerose ricerche fatte sull'argomento.

Sotto il nome di « cirrosi rare » il Rössle raggruppa alcune forme morbose che si distinguono dalle comuni cirrosi per l'aspetto non comune del processo sclerotizzante.

Fra queste va ricordata la cirrosi consecutiva ad atrofia gialla cronica del fegato.

È merito del Pick di avere richiamata l'attenzione sulla possibilità di sviluppo di lesioni cirrotiche nel fegato d'infermi affetti da morbo di Gaucher e da quello di Niemann-Pick.

In questa categoria entra anche la cirrosi della malattia di Wilson. È noto che il fegato nel morbo di Wilson si presenta atrofico, irregolare ma a bernoccoli grossi. L'esame istologico lascia vedere una proliferazione abbondante di vasi sanguigni e biliari che non si osserva mai in grado così elevato nelle comuni cirrosi. I processi di riparazione delle cellule epiteliari sono molto attivi.

De Lisi sostiene che l'enorme vascolarizzazione caratteristica del fegato wilsoniano dipenda da una anormale struttura vascolare dell'organo, di natura costituzionale, la quale può costituire un terreno favorevole per l'insediarsi e lo svolgersi di una cirrosi.

Quanto alla natura dei rapporti tra lesioni epatiche e lesioni nervose nel morbo di Wilson, le maggiori probabilità sono per l'ipotesi che fa procedere l'affezione epatica a quella dei gangli della base.

Si è sostenuto che l'acetato di tallio possa produrre sperimentalmente il quadro del morbo di Wilson; ma gli studi fatti al riguardo non sono ancora definitivi.

La cirrosi di Cruveilher-Baumgarten trova spesso la sua spiegazione in anomalie congenite o processi flebitici delle vene sopraepatiche.

Tubercolosi del fegato. — Sono ancora divisi i pareri sulla questione se la tubercolosi possa determinare nel fegato il quadro di una cirrosi comune.

Rössle ritiene giustamente che questo possa accadere, ma in casi eccezionali. Naturalmente nessuno discute che la tubercolosi possa determinare più spesso dei processi sclerotici nel fegato più o meno diffusi.

Nei pochi casi accertati di cirrosi tubercolari sono rappresentate quasi tutte le specie di cirrosi: l'atrofica e l'ipertrofica di Laënnec, la cirrosi grassa cronica, la cirrosi grassa ipertrofica di Arloing.

Sifilide del fegato. — Non v'è accordo fra i diversi AA. intorno alla frequenza con la quale la sifilide attacca il fegato. Letulle e Brizard hanno descritto delle alterazioni peritoneali frequenti nei cirrotici e che essi attribuiscono alla sifilide: vi sarebbe nei cirrotici una peritonite sifilitica che non solo rappresenterebbe come il marchio etiologico della malattia epatica, ma avrebbe anche un'importanza non trascurabile nella produzione dell'ascite. Queste osservazioni non sono state confermate, e sopratutto è stata contestata l'importanza e la specificità degli ammassi linfoplasmocitari nelle forme luetiche (Barbat).

Ad ogni modo bisogna ritenere che la sifilide possa provocare nel fegato, oltre che le forme atrofiche e ipertrofiche del tipo Morgagni-Laënnec, anche la forma di Hanot, una forma di epatite interstiziale diffusa, la epatite nodulare iperplastica ed altre forme complicate con anemia grave.

Epatiti malariche. — Si pensava alcuni anni fa che la malaria fosse una delle cause più frequenti, specialmente in alcune regioni, di cirrosi; ma le ricerche della scuola anatomo-patologica romana (Marchiafava e Bignami) hanno dimostrato in modo non dubbio che le lesioni indotte dalla malaria sul fegato sono fondamentalmente diverse da quelle caratteristiche della cirrosi. Non è improbabile che la malaria renda il fegato più vulnerabile all'azione di altri veleni.

La splenectomia consigliata da alcuni per preservare il fegato dei malarici non ha trovato molti fautori: chirurgi molto competenti in materia sostengono che la splenomegalia cronica, quando è spenta la malaria, è innocente per il fegato e che la cura della milza malarica è essenzialmente medica.

La milza nella cirrosi del fegato. — Il tumore di milza è frequentissimo ma non costante nella cirrosi epatica. La frequenza varia, secondo le statistiche, dal 72 % al 92 %. Dapprima si credeva che il tumore di milza fosse un tumore da stasi; ma dagli studi di Gauckler in poi è penetrata nella coscienza di tutti l'idea che il tumore di milza nella cirrosi non sia dovuto tutto alla stasi. E fu merito del Gauckler di avere riconosciuto che in molti casi di cirrosi la milza esagera il suo potere emocateretico. Eppinger ha descritto i caratteri della milza nelle forme di cirrosi biliare ipersplenomegalica ed ha trovato che ha parecchi punti di contatto con la milza dell'ittero emolitico. Ha visto che il sangue percorre in questi casi vie spogliate di endoteli della polpa splenica e formula l'ipotesi che gli eritrociti diventino adatti ad essere distrutti appunto quando percorrono vie spogliate di endoteli.

Eppinger dà inoltre grande importanza alle alterazioni dei vasi della milza, che erano molto evidenti nei casi da lui studiati; e Rössle è dell'istesso avviso. Quest'ultimo pensa che la sclerosi dell'impalcatura della milza dipende dalla difficoltà con la quale il sangue passa attraverso

i vasi e ritiene che la elefantiasi del tessuto connettivo della milza dipenda da un edema cronico che si produce attorno alle arterie.

Rössle, d'accordo col Dürr e con Oestreich, ritiene che le alterazioni della milza cirrotica siano di natura infiammatoria e così si spiega anche la presenza della perisplenite che si osserva nel 70 % dei casi di cirrosi; ma il Lubarsch ritiene che la perisplenite sia di natura meccanica.

Il pancreas nella cirrosi epatica. — È merito di Klippel e Lefas, di d'Amato, di Steinhaus e di altri di avere dimostrato che nei cirrotici, ascitici o non, si trovano con grande frequenza note di infiammazione cronica del pancreas. Nessuno degli anatomisti patologi pensa che le lesioni del pancreas dipendono dalla stasi e ciò è dimostrato sopratutto dal fatto che queste lesioni si trovano spesso anche quando la stasi portale manca. Gli isolotti di Langerhans sono coinvolti nel processo morboso solo in un numero limitato di casi e questo fatto rende conto perchè il diabete non sia molto frequente nei cirrotici.

Il midollo osseo nella cirrosi epatica. — Anche il midollo osseo è spesso interessato nella cirrosi epatica e più nella forma ipertrofica che in quella atrofica. Secondo studi recenti del Rossier, il midollo osseo presenta in questi casi una reazione mieloblastica ed eritropoietica, viceversa vi è diminuzione dei megacariociti e quindi dei trombociti. Vi è dunque una reazione dissociata del midollo osseo.

Classificazione clinica delle cirrosi del fegato. — Una classificazione razionale, che risponda a tutte le esigenze della scienza, delle epatiti non è ritenuta possibile dai più competenti studiosi dell'argomento.

Una classificazione fondata esclusivamente su criteri clinici non è neanche essa al riparo da gravi obbiezioni poichè i fenomeni clinici più importanti, come l'ascite e l'ittero, possono apparire in un periodo diverso della evoluzione della malattia.

Una classificazione che fu giudicata meno imperfetta è quella proposta dal Rössle nel 1929.

Nel capitolo delle cirrosi emoangiotossiche il Rössle comprende le cirrosi splenomegaliche. Egli pensa che in un gruppo limitato di casi la cirrosi splenomegalica è un esito dell'ittero costituzionale emolitico. In un secondo gruppo di casi vi sarebbero le lesioni della milza su riferite.

Dal punto di vista clinico la forma morbosa fu separata dalle altre da Gilbert e Fournier ed ha come carattere clinico fondamentale una enorme splenomegalia ed un lieve ingrandimento del fegato. Questo aspetto speciale, dice Lereboullet, ha fatto attribuire a tale quadro morboso un'origine splenica. In tutto il resto la forma morbosa era simile al morbo di Hanot.

Ma esaminando accuratamente alcuni casi clinici confortati da reperto anatomo-istologico, riferiti dal Lereboullet, si può notare in modo non dubbio che all'istessa forma clinica corrisponde nei diversi casi un reperto istologico differente, sia da parte del fegato sia da parte della milza.

Il concetto delle cirrosi splenomegaliche è stato rimesso di recente sugli altari da Eppinger, il quale, come si è detto, ne ha descritto tre forme.

La prima forma è caratterizzata dalle seguenti note cliniche: etiologia ignota, fegato granuloso della cirrosi ipertrofica del tipo Morgagni-Laënnec, senza ascite e senza ittero permanente. Si direbbe dunque che sia un morbo di Banti nel 2° stadio. Eppinger la nega con argomenti non molti persuadenti.

Nella seconda forma la cirrosi splenomegalica è accompagnata da grave anemia. Quest'associazione documenta i legami che stringono le malattie del fegato con quelle degli organi ematopoietici.

La terza forma è costituita da una cirrosi splenomegalica accompagnata da ittero cronico e da false coliche biliari. Vi è anche anemia lieve, leucopenia, resistenza globulare normale, bilirubinemia.

L'ittero sarebbe, almeno in parte, di natura emolitica.

Queste idee di Eppinger non hanno incontrato il consenso generale. Micheli e Pietra hanno dimostrato che la esaltazione dei processi emolitici non è in alcun modo documentata.

Occorrono dunque nuove indagini per definire meglio la individualità clinica della cirrosi splenomegalica. Vi è però un dato di fatto che merita di esser tenuto presente ed è quello che per lo meno in alcuni di questi casi vi sono alterazioni importanti dei vasi della milza con fenomeni congestivi ed emorragici.

In questo gruppo delle epato-splenomegalie di origine mesenchimale rientrano le osservazioni cliniche e anatomo-patologiche di Cesa-Bianchi di casi caratterizzati da anemia a tipo emolitico e da spleno-epatomegalia, dapprima accompagnata da ittero e poi da ascite. Giustamente il Cesa-Bianchi li considera come un processo morboso a punto di partenza reticolo-endoteliare.

Con le cirrosi splenomegaliche ha indubbiamente affinità il morbo di Banti.

In questi ultimi anni la individualità anatomopatologica e clinica di questa malattia è stata fortemente contestata. Molti e autorevoli anatomisti patologi sostengono che le alterazioni istologiche della milza descritte come caratteristiche dal Banti sono comuni anche ad altri quadri morbosi. E molti clinici sostengono di non aver mai visto un caso di morbo di Banti. Sono esagerazioni!

Le cirrosi splenomegaliche e il morbo di Banti possono andar confusi con un altro quadro clinico interessante che è la splenomegalia tromboflebitica. In questa forma morbosa il fegato non partecipa al quadro morboso; però, specialmente nei casi di diffusione del processo tromboflebitico al tronco della porta si è notato spesso atrofia del fegato con processi sclerotici periportali, oppure delle gittate di tessuto connettivo che dalla capsula del fegato si diffondevano nel parenchima epatico.

Le così dette cirrosi biliari rappresentano il capitolo più confuso delle cirrosi epatiche.

È facile riconoscere le cirrosi colostatiche e quelle colangitiche, nelle quali una lunga odissea di attacchi di coliche biliari, di colecistiti, di ricorrenti infezioni biliari acute o sub-acute ha preparato la cirrosi.

Secondo Schottmüller, non dovrebbe essere difficile differenziare i casi di colangite lenta, nei quali il processo morboso sarebbe sostenuto dallo

streptococco viridans isolabile dal sangue degli infermi. Ma pur troppo questo germe non si trova sempre, perchè altri AA. hanno isolato l'enterococco oppure altri germi, la cui azione specifica per la colangite lenta non è ben documentata. Secondo alcuni, la colangite lenta può sboccare nel morbo di Hanot

Un'altra categoria di casi di cirrosi biliare che oggi si va arricchendo sempre più è la categoria dei casi ad etiologia luetica, che rivestono l'aspetto clinico del morbo di Hanot.

Vi è anche un morbo di Hanot di natura non luetica come molti Autori affermano? È probabile; ma si deve trattare di casi isolati.

Viene poi un'altra categoria di casi nei quali si può ritenere che la cirrosi sia il prodotto di una infezione cronica del fegato. È in queste forme che esiste la maggiore discrepanza nel reperto anatomico; perchè nei casi studiati si è trovato o il reperto delle cirrosi ipertrofiche a tipo Morgagni-Laënnec o il tipo Hanot-Kretz o perfino il quadro dell'epatite necrotica descritta dal Greppi.

Sarebbe interessante indagare se queste forme si possano differenziare dalle cirrosi colangitiche o colangiolitiche.

Forse noi potremmo, in via provvisoria, riunire queste forme in una sola categoria e chiamarle epatiti biliari infettive croniche.

Vi è un'altra categoria di cirrosi biliari a tipo splenomegalico, di cui ci siamo già occupati.

Vi è infine un'ultima categoria di cirrosi biliari da zooparassiti.

Le nostre cognizioni sulle forme cliniche delle cirrosi biliari sono ancora molto incomplete, sopra tutto perchè sono incomplete le nostre cognizioni sulla loro etiologia e sulla patogenesi degl'itteri.

Infatti non si può dire che siano di molto progredite le nostre conoscenze su quest'ultimo argomento.

Secondo Holmer, non vi è un ittero puramente meccanico o da stasi, perchè la ritenzione di bile è sempre legata, secondo lui, alla degenerazione di notevoli zone cellulari del fegato. Anche l'alterazione chimica della bile prodotta dalla stasi è stata invocata per la formazione dei trombi biliari da Eppinger.

Nelle cirrosi biliari era stata osservata da molto tempo la bile pleiocromica e si riteneva che una bile più densa circolasse male e provocasse la stasi. Eppinger pensò invece che il fenomeno fosse dovuto ad esagerati processi emolitici. Il Pietra dimostrò che in parecchi infermi che presentavano il fenomeno della pleiocromia non si poterono mettere in evidenza i fenomeni di una esagerata emolisi.

In questi ultimi anni si è data giustamente importanza alla cellula epatica nella genesi degli itteri, senza che si possa dire in che cosa più specialmente consista.

Un'altra forma clinica di cui oggi si vanno fissando i dettagli e la patogenesi è la così detta *epatite satellite* delle colecistiti. Era nota da molto tempo la partecipazione del fegato ai processi colecistitici; ma in questi ultimi anni il Grahm ha potuto dimostrare che la cistifellea s'infetta secondariamente all'infezione del fegato, e molti osservatori hanno confermato queste ricerche.

Lo studio delle cirrosi in clinica va necessariamente con l'esame funzionale del fegato. Com'è noto, vi sono parecchi metodi per esplorare questa funzionalità, e sono controversi i giudizi sul loro valore; ecco perchè ho incaricato il mio assistente Lucia di saggiarli sugl'infermi del mio Istituto. Sono state studiate la prova della levulosuria, quella del galattosio, quella della funzione desaminante col metodo di Bufano, quella del rosa bengala, quella della iperbilirubinemia provocata di v. Bergmann ed Elbott. I migliori risultati sono stati ottenuti con la prova del Bufano e con quella della iperbilirubinemia, per quanto ciascuna di queste presenti qualche inconveniente.

Nel mio Istituto è stata saggiata anche la prova della lipasi sanguigna chino- e atoxyl-resistente e si sono ottenuti risultati soddisfacenti (Sanguigno).

Nel mio Istituto Zappacosta ha escogitato un metodo originale per saggiare la funzionalità epatica: quello della glicociamina che non si distrugge del tutto nei malati di fegato quando venga loro iniettata.

Qual'è il significato dell'ascite nei cirrotici?

Prima si credeva che l'ascite dipendesse soltanto da ragioni meccaniche, cioè dalla stasi portale; ma dopo si è visto che da sola non poteva render conto del fenomeno. Si è invocata la esistenza di una peritonite speciale. Sperimentalmente Perroncito aveva visto che l'ascite si produsse negli animali a cui si era provocata una stasi portale solo quando si producevano gravi alterazioni delle cellule epatiche.

In questi ultimi anni le ricerche sul ricambio idrico hanno un po' rischiarato il meccanismo dell'ascite. Alcuni hanno incolpato il rene; ma ricerche condotte nel mio Istituto da d'Avos non hanno mostrato gravi turbamenti nei reni dei cirrotici.

In seguito alle ricerche di Filinski, di Govaerts, di Pellegrini, di Wallich, di Signorelli, di Gionini, di Villa è stato messo in evidenza che nei malati di fegato c'è un'alterazione del rapporto fra albumine e globuline che turba il potere osmotico del plasma. Delle ricerche fatte da Pannetti nel mio Istituto confermano pienamente l'alterazione di questo rapporto negli epatici.

Parrebbe che il fegato presieda al ricambio proteico del plasma. Invece non ha importanza una eventuale alterazione dell'equilibrio acido-base del sangue, poichè il pH del sangue è stato trovato normale nei cirrotici.

È stato invocato anche il fattore tissurale ricercato con la prova di Aldrich e Mac Clure. Pennetti, nel mio Istituto, ha controllato il valore di tale prova ed ha potuto convalidare l'indipendenza fra rapidità di assorbimento, titolo della soluzione e concentrazione ionica.

Parecchi osservatori, fra cui Fiessinger ed altri, invocano anche un altro fattore, cioè la particolare permeabilità dei capillari sanguigni alle trasudazioni plasmatiche.

Queste ricerche così succintamente riferite non chiariscono il problema in modo definitivo. Infatti l'invasione del rapporto albumine-globuline si ha anche nelle malattie di fegato in cui non vi è ascite. D'altra parte non è possibile detronizzare del tutto il fattore meccanico. È proba-

bile che l'ascite dipenda dalla coincidenza di parecchi fattori etiologici alcuni umorali, altri meccanici, come la stasi, altri citologici come la maggiore permeabilità dei capillari; ma spetterà alle ricerche dell'avvenire di precisare meglio l'azione di questi fattori.

Un'altra questione che ha importanza dal punto di vista biologico e da quello terapeutico è lo studio delle alterazioni che si producono nell'organismo per effetto della deviazione della bile dall'intestino.

Queste ricerche fatte da molti osservatori (Doyon, Pawlow, Seidel e Leriche, Dietrich, Duttmann, ecc.) stabilirono che in tali condizioni si stabilisce una cachessia acolica, caratterizzata da decalcificazione delle riserva alcalina. Pennetti nel mio Istituto ha potuto confermare tali risultati e pensa che la cachessia acolica dipenda oltre che dal disturbo del ricambio del calcio, anche dallo stabilirsi di processi putrefattivi nell'intestino e da modificazioni della flora intestinale.

Si è creduto e si crede ancora da alcuni che le cirrosi siano malattie limitate quasi sempre solo al fegato.

Io non credo sostenibile questa opinione. Basta considerare che la milza partecipa ai processi cirrotici con una frequenza che va dal 75 % al 92 % e non è istologicamente una milza da stasi; basta anche tener presente che secondo le ultime osservazioni di Barrelet anche il pancreas è leso nei 3/4 dei casi di cirrosi e che neanche le lesioni del pancreas sono ritenute secondarie, e che anche il midollo osseo è molto spesso leso, per dover concludere che la cirrosi è solo in un piccolo numero di casi una malattia isolata, mentre nella maggior parte dei casi è una malattia che interessa parecchi organi.

È l'istessa affermazione che io feci fin dal 1907 in seguito ad alcune ricerche sperimentali.

Questo concetto da me espresso e difeso fin d'allora ha trovato uno strenuo difensore nell'Eppinger il quale sostiene che non si può rendersi conto della sintomatologia delle cirrosi senza uscire dalle alterazioni del fegato che sono incapaci a spiegarle da sole.

Vero è che Eppinger, Rössle ed Albot sostengono che, quando vi sono lesioni di parecchi organi, si tratta di una malattia del sistema reticolo-endoteliare. Quest'affermazione è esatta fino ad un certo punto, perchè abbiamo visto che ammala anche il pancreas che non è un organo sicuramente provvisto di reticolo endotelio.

Crede che sia più esatto dire che nella maggior parte dei casi gli agenti patogeni che agiscono sul fegato abbiano la propriestà di agire anhe su altri organi sia che l'azione di quest'agenti si svolga sul tessuto reticolo-endoteliare.

Ben diverso è il rapporto che lega la milza e il fegato nel morbo di Banti. Eppinger e Rössle invocano l'istesso rapporto per questa malattia, per le cirrosi splenomegaliche e per quelle pigmentate. Non credo che sia del tutto esatto, perchè se la splenectomia guarisce il morbo di Banti, non guarisce le cirrosi pigmentate ed è ancora dubbio se guarisca le cirrosi splenomegaliche.

È possibile in clinica mettere in evidenza la partecipazione di questi organi al processo morboso del fegato?

Non è facile dimostrare l'alterata funzionalità del pancreas nelle cirrosi; tuttavia Sanguigno nel mio Istituto, servendosi del metodo della diastasi secondo le modifiche di Bettoni, ha potuto vedere che in un buon numero di malati di fegato il pancreas mostra una diminuzione della sua funzionalità.

Non vi sono finora ricerche concludenti per dimostrare le alterazioni funzionali del midollo osseo nelle cirrosi.

Si è voluto stabilire un rapporto tra le epatiti ed alcune malattie delle glandole endocrine e specialmente la tiroide. Vi sono poche osservazioni al riguardo dalle quali non è possibile per ora trarre alcuna conclusione sicura.

Trattamento delle epatiti e delle cirrosi. — Non si ferma molto sul trattamento medico delle epatiti e delle cirrosi che si trova esposto in tutti i manuali. Dice soltanto che il trattamento delle asciti cirrotiche con gli estratti di fegato non ha dato risultati molto brillanti al R. Ricorda invece che col trattamento glucosio-insulina e specialmente con le applicazioni di diatermia alcuni osservatori dicono di avere avuto risultati molto favorevoli.

La cura medica non fa vedere spesso dei successi; tuttavia nelle cirrosi luetiche non molto avanzate si è visto non raramente scomparire l'ascite col trattamento specifico; ed anche nei casi di cirrosi non luetiche qualche rara volta si è vista la scomparsa dell'ascite con le comuni cure. Ma sono casi isolati: ecco perchè i chirurgi sono stati tentati a sostituire le cure cruente a quelle mediche così poco efficaci.

Accennerà brevemente a questi metodi chirurgici.

Il metodo più antico e più importante è quello di Talma che si propone di favorire la circolazione collaterale. Questo metodo fu poi perfezionato da Pascale e da Schiassi. I risultati sono stati discreti: senza accettare alcune statistiche dove si arriva fino al 50 % di guarigione, si può ritenere che in alcuni casi l'ascite è scomparsa e non è riapparsa più per molti anni.

Un altro tipo di operazioni consigliate per ovviare all'ascite è la fistola di Eck; ma è stata abbandonata perchè pericolosa, trattandosi di operare sulla porta.

Invece Bogovaz ha proposto di studiare il capo periferico della vena mesenterica inferiore con la vena cava inferiore ed ha ottenuto qualche successo. Altri hanno pensato di fare il drenaggio continuo del liquido ascitico. Ruotte praticò a tale scopo l'innesto della vena safena nell'addome. Con questo metodo sarebbero stati ottenuti parecchi successi; ma se la diagnosi di cirrosi non è esatta, il metodo può riuscire pericoloso.

Lambotte ha proposto il drenaggio capillare con fili di seta introdotti da una parte nella cavità peritoneale dlal'altra nel tessuto sottocutaneo della coscia; però il drenaggio dura poco.

Castaigne ha proposto di iniettare nell'addome dopo la paracentesi 6 litri di acqua bollita calda e di ritirarla dopo mezz'ora.

Nel morbo di Banti è consigliata da tutti la splenectomia nel 1° stadio. Invece i risultati sono meno brillanti nel 2° stadio.

Nel 3° stadio la guarigione è rara. La indicazione operativa va discussa con maggiore severità. Si praticherà l'omentopessia associata alla splenectomia secondo il metodo di Tansini.

Nelle cirrosi biliari anascitiche si sono tentati diversi interventi.

Nelle cirrosi biliari colostatiche l'intervento chirurgico è indicato, ed occorre praticarlo per tempo prima che si siano costituite delle lesioni irrimediabili.

Nel morbo di Hanot e nelle epatiti biliari infettive che somigliano al morbo di Hanot l'intervento chirurgico ha dato risultati poco incoraggianti e molti lo sconsigliano.

Il gruppo di cirrosi biliari nelle quali l'intervento avrebbe dato i maggiori successi è quello delle cirrosi ipersplenomegaliche, dove la splenectomia proposta da Eppinger avrebbe dato buoni risultati.

Anche Beresow e Mayo avrebbero avuto dei successi.

Che cosa bisogna pensare di tutti questi tentativi chirurgici per curare l'ascite e per curare le cirrosi biliari?

I metodi chirurgici proposti contro l'ascite rimediano, quando è possibile e per quello che è possibile, soltanto al fattore meccanico delle asciti. È senza dubbio di grande utilità per gl'infermi la scomparsa dell'ascite; ma non bisogna dimenticare che l'ascite non è tutta la cirrosi. Il modo di comportarsi della cirrosi viene dominato sopra tutto dallo stato delle cellule del fegato (cellule epiteliari e cellule del reticolo endotelio). Perchè dunque si possa contemplare l'idea di un intervento chirurgico contro l'ascite, occorre assicurarsi di parecchi fatti: 1) che la cirrosi non sia molto avanzata; 2) che il fegato risponda ancora discretamente bene alle prove funzionali; 3) che anche gli altri organi non siano molto scaduti nell aloro funzione.

Queste indagini vanno fatte con la maggior perspicacia e con la maggiore prudenza, caso per caso, prima di consigliare l'intervento.

È inutile dire che quando si ha ragione di credere che la cirrosi sia di natura luetica, si ha il dovere di praticare prima un'oculata cura antiluetica e solo dopo l'insuccesso di questa si può pensare alla cura chirurgica.

In generale si tenga presente che il cirrotico è di solito un ammalato fragile che sopporta male qualsiasi intervento chirurgico. E si tenga presente che la cura chirurgica dell'ascite deve andare necessariamente congiunta a tutte quelle altre cure mediche che si consigliano per migliorare le condizioni della cellula epatica, la quale, come abbiamo visto, ha notevole importanza nella pategenesi dell'ascite.

Gl'interventi nei casi di cirrosi biliari ipertrofiche debbono essere vagliati con la maggior ponderatezza.

Le cirrosi biliari non rappresentano una entità etiologica nè anatomo-patologica nè clinica. Questa considerazione impone al medico il dovere di un'accuratissima disamina caso per caso. Quando si hanno ragioni serie per pensare che una cirrosi biliare sia a punto di partenza colecisto-angiocolitico, un intervento sulle grosse vie biliari può riuscire utile. Ma si tengano presenti, nei casi nei quali si stabilisce una fistola biliare, quanto siano gravi i danni prodotti da una troppo lunga deviazione della bile dall'intestino.

Nelle cirrosi biliari ipersplenomegaliche è stata vantata la splenectomia; ma occorrono nuove e numerose osservazioni per poter giudicare della efficacia di questa terapia.

(Continua). A. POZZI.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Seduta antimeridiana (22 ottobre).

Presiede il prof. ALESSANDRI.

(Continuazione e fine; vedi numero precedente).

Comunicazioni varie.

C. GARGANO (Napoli). — *Le alterazioni istologiche del fegato consecutive a cisti da echinococco.* — Le alterazioni consistono in una epatite cronica con sviluppo progressivo di tessuto connettivo, dissociazione degli acini biliari. Ha ottenuto risultati simili sperimentalmente iniettando nel fegato liquido cistico.

M. PROTO (Napoli). — *Alterazioni istologiche del tessuto epatico consecutivo ad iniezioni intraepatiche di bile.* — Ha ottenuto lesioni di natura chimico tossica consistenti in zone circoscritte di tessuto epatico molto alterato con neoformazione connettivale.

P. MAGGIO (Napoli). — *Alterazioni epatiche da stasi biliari.* — Il quadro anatomo patologico è quello di una epatite a tendenza cirrogena che sviluppandosi prevalentemente intorno ai lobuli dà a queste cirrosi un aspetto perilobulare.

P. VALDONI (Roma). — *Sulla cura delle cisti da echinococco ilari del polmone.* — Lo svuotamento di tali cisti diventa facile se preceduto da un piombaggio extrapleurico molto abbondante. Illustra casi clinici che ha trattato con questo metodo.

E. RUGGERI (Parma). — *Considerazioni sul trattamento di alcuni casi di ascesso polmonare.* — 4 casi trattati con terapia medica e chirurgica: pneumotomia nei casi di ascesso semplice o di cancrena localizzata subacuta; pneumotomia in tutte le altre forme. Precocità dell'intervento.

G. OSELLADORE (Padova). — *Fenomeni di rigenerazione bronchiale dopo lobectomia.* — Ha osservato la formazione di cavità diverticolari del bronco primitivo e accenna alla possibilità di spiegare così l'origine di certe forme di bronchiectasie.

BRANCATI. — Ha osservato proliferazioni bronchiali con la legatura dell'arteria polmonare e pone una riserva sulla genesi di questi elementi.

C. CORONINI (Vienna) e V. JURA (Roma). — *Note caratteristiche di differenziazione di alcune forme di raggrinzamento del fegato della cirrosi di Laennec.* — Hanno notato zone più o meno estese di indurimenti, disseminati sotto forma di tratti cicatriziali in cui si trovano vene obliterantesi e obliterate, che corrispondono a rami della porta.

V. LOZZI (Roma). — *Anastomosi latero-laterale fra vena mesenterica superiore e cava inferiore nelle ostruzioni della vena porta.* — Studiato sperimentalmente l'intervento lo ha applicato in un caso. L'anastomosi va fatta subito sotto il margine inferiore della terza porzione del duodeno latero-laterale per maggiore facilità di esecuzione e per impedire fatti tossici a carico del paziente.

S. LATTERI (Palermo). — *Le alterazioni del fegato nelle stenosi sperimentali dell'intestino (con ricerche batteriologiche).* — Si stabiliscono delle alterazioni infiammatorie che portano a un'epatite cronica. Si trova anche un microbismo patologico epatobiliare.

A. RINDONE (Palermo). — *Sulle alterazioni funzionali del fegato nelle sindromi associate dell'addome destro. Funzione glicogenetica.* — Nel 40 % dei casi esiste una esagerata reazione iperglicemica conseguente ad alterazioni epatiche e pancreatiche.

M. TITONE (Palermo). — *Le alterazioni funzionali del fegato nelle sindromi associate dell'addome destro. Funzione biliare.* — Nella maggioranza dei casi ha riscontrato una alterazione dipendente dal fattore biliare, epatico e costituzionale.

G. FIGURELLI (Napoli). — *Fegato e pancreas nelle stenosi sperimentali del duodeno.* — Solo in qualche caso ha ottenuto delle lesioni importanti e pensa che ciò possa esser dovuto alla durata relativamente breve della stenosi.

A. CATTERINA (Genova). — *L'operazione di Bassini.* — Presenta un volume testè pubblicato ricco di numerose tavole a colori che illustrano compiutamente i tempi del metodo originale.

G. PASALE (Napoli). — *Tumori infiammatori dello stomaco. Presentazione di pezzi anatomici. Processi di autoplastica.* — Illustra con numerose proiezioni due interessanti casi clinici in cui resecato il tumore con un metodo di autoplastica personalmente proposto ha ottenuto una ricostruzione completa.

M. RONZINI (Bari). — *Neurinoma peduncolato dello stomaco.* — Il tumore del peso di 1200 gr. aveva uno sviluppo esogastrico sottomucoso. Proietta microfotografie dimostrative e discute la sintomatologia, la diagnosi e la cura di questi tumori.

G. PASQUALINO (Palermo). — *Produzione sperimentale di ulcere gastro-duodenali, da ripetute infezioni attenuate dalla superficie sierosa.* — Ha ottenuto tali lesioni solo vicino al piloro, ne spiega il meccanismo patogenetico secondo Leotta, cioè come lesioni flogistiche che si approfondano alla mucosa accompagnate da alterazioni dei vasi.

M. CUSANI (Napoli). — *Come interpretare i processi di guarigione delle ulcerazioni indotte sulla plicatio gastrica.* — Dà grande importanza al riposo e a uno stato di ipofunzione dello stomaco che favorisce il processo di guarigione.

Seduta pomeridiana (22 ottobre).

Presiede il prof. PEREZ.

S. CIMINO (Palermo). — *La acido-lattemia nella occlusione intestinale sperimentale.* — Nell'occlusione c'è un aumento dell'acido lattico in rapporto all'alterato ricambio dei carboidrati in conseguenza dell'alterazione grave del fegato.

E. LEO (Soncino). — *Complessa occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.* — L'occlusione oltre che alla compressione del diverticolo sull'ansa del tenue era causata dall'inginocchiamento dell'ansa e dallo strozzamento di alcune anse in un anello formato dal diverticolo aderente alla parete anteriore dell'addome e dal mesenterio del tenue. Precisa le circostanze in cui si verifica la depressione ombellicale.

CATTANEO (Torino). — *Simpaticectomia chimica periarteriosa delle capsule surrenali.* — Sperimentalmente ha ottenuto così una iperglicemia, una ipercalcemia e ipocolesterinemia. Anatomo-patologicamente vi è una iperemia, un aumento di granuli lipoidi nella corteccia e delle cellule siderofile. I reperti vengono interpretati come il segno di una iperfunzione delle ghiandole. Il metodo studiato potrebbe avere un'applicazione pratica.

R. CHIAROLANZA (Napoli). — *La chirurgia dei tumori del colon pelvico.* — La diagnosi precoce è la migliore garanzia del successo operatorio. Utilizza quando può la via perineale, altrimenti ricorre all'operazione addomino-perineale in due tempi. L'applicazione di un ano iliaco rende meno grave la mutilazione. Usa la radioterapia profilattica.

V. TRAVAGLINI (Bari). — *Ulteriore contributo alla funzionalità epato-renale nella chirurgia epatobiliare e delle vie biliari.* — Ha impiegato il rosa-bengala, l'azotemia e il dosaggio delle sostanze a reazione xantoproteica. Conclude che questi mezzi possono ragguagliare sulla operabilità del malato. La prova del rosa-bengala non ha valore assoluto.

B. BUONSANTI (Bari). — *Sul contegno della legatura del cistico dopo colecistectomia. (Trattamento chiuso), in colecistiti sperimentalmente provocate.* — Le colecistiti sono state provocate con iniezioni intramuscolari di germi piogeni, coli, tifico. Nei casi con ostruzione artificiale del coledoco notò deiscenza del laccio sul cistico. Deduce che nella pratica sia necessario il drenaggio per prevenire i pericoli della deiscenza del laccio e il coleperitoneo consecutivo.

G. RUSCICA (Roma). — *Echinococcosi in splenomegalopatia cronica con focolai sclero-siderotici.* — Illustra il caso escludendo la natura micotica delle lesioni siderotiche dovute a fenomeni regressivi esistenti nella milza alterata.

L. MORICONI (Pisa). — *La nefrectomia nelle nefriti suppurative bilaterali. Ricerche sperimentali: nota preliminare.* — L'O. ha trovato che il rene superstite alla nefrectomia unilaterale presenta una maggiore resistenza alle azioni dannose dello stafilococco purchè la nefrectomia sia compiuta o contemporaneamente o alcuni giorni prima o non più di tre giorni dopo l'iniezione endovenosa del microorganismo.

C. LACCETI (Napoli). — *Importanza di alcune ricerche nella diagnostica radiologica della vescica e del rene.* — Riferisce due osservazioni. L'una di un operato per calcolosi vescicale in cui esisteva anche una calcolosi ureterale e renale non

riconosciuta prima dell'intervento. In un secondo caso in una sindrome dolorosa oscura mise in evidenza che il rene sinistro in ectopia crociata destra formava con il rene destro una massa voluminosa.

M. CILENTO (Napoli). — *Idronefrosi da papilloma incrostato e processo infiammatorio cronico del bacinetto.* — Illustra il caso clinico. La pelvi era chiusa verso il rene e l'O. pensa a un processo cronico infiammatorio originato dallo stimolo.

B. MONACO (Napoli). — *Sutura di deferente.* — Ha cercato di far ciò mantenendo la continuità del deferente. Tale pervietà ha ottenuto nel 92 % dei casi e resta duratura coattando i monconi con l'aiuto di un mandrino di grosso catgut e di due punti laterali di seta di avvicinamento.

T. ANARDI (Siena). — *Gli elementi istiocitari nella riparazione delle ferite dei tendini.* — Elementi con proprietà granulopessica si riscontrano di rado nel tendine, ne sono invece ricchi il peritenonio, la guiaina sinoviale ed il perinisio interno ed esterno del muscolo corrispondente. Il tessuto di granulazione delle ferite è formato da istiociti che evolvono in fibroblasti e poi in connettivo tendino simile. Gli istiociti provengono dal peritenonio e dalla guiana sinoviale.

D. MUCCI (Siena). — *Gli elementi istiocitari della formazione del collo osseo.* — Il periostio rappresenta un tessuto che diventa sede solo in certe circostanze di energia: l'osteogenesi riparatrice è un fenomeno che si esplica localmente dopo aver interessato molti altri organi e tessuti rappresentanti il sistema reticolo endoteliale.

G. SELVAGGI (Siena). — *Il S. R. E. nella legatura sperimentale dell'arteria polmonare.* — Il polmone di pollo si riduce gradatamente a una piccola massa cicatriziale. La fibrosi è dovuta a fenomeni regressivi per trasformazione collagena delle fibre reticolari preesistenti e a fenomeni proliferativi per iperplasia di elementi istiocitari perivasali e peribronchiali a funzione fagocitaria e plastica.

G. SERGI (Matelica). — *Sulla cura della frattura diafisaria sottocutanea della clavicola.* — L'O. afferma doversi preferire la fasciatura ad otto incrociantesi sul dorso in alto verso la nuca che non provoca postumi, riduce i frammenti e ridona la capacità lavorativa.

E. FIORINI (Tregnano). — *Ascesso del Brodie dopo tonsillite e trauma.* — Illustra il caso clinico. L'ascesso era localizzato nella metafisi tibiale inferiore e guarì rapidamente dopo l'intervento.

G. AGOSTA (Roma). — *Primi risultati di ricerche sperimentali sull'azione degli ormoni ovarici di donne con fibromiomi dell'utero.* — Le iniezioni degli ormoni in cavie e ratti giovani hanno portato ad un aumento di volume dell'utero riferibili ad uno stato iperplastico della musculatura e della mucosa.

S. BIANCARDI (Monza). — *Ricerche sul meccanismo d'azione delle fleboclisi clorurate nell'uomo.* — Se non sono accompagnate dallo stabilirsi di una idremia prolungata non sono diuretiche; l'aggiunta di sali di calcio favorisce l'eliminazione del liquido, la tiroxina (0,3 mgr.), l'idremia. Lo stesso fa la teofillina (0,5 mgr.). L'iniezione di insulina non provoca l'idremia nè la diuresi.

F. AYMAR (Monza). — *Asportazione dei gangli stellato e intermedio del simpatico cervicale di destra in un caso di sclerodermia.* — La paziente fu operata in un secondo tempo di simpaticectomia periomerale bilaterale. Si è osservato un miglioramento notevole

F. MELINA (Messina). — *Torsione permanente del rene residuo in seguito a nefrectomia monolaterale. (Ricerche sperimentali).* — Illustra le ricerche eseguite.

B. PAGGI (Roma). — *Un raro caso di trombosi della vena ascellare destra. (Trombosi venosa da sforzo).* — Descrive un caso clinico concludendo per una patogenesi di natura traumatica da un lato e infettiva dall'altro.

F. DE GIRONCOLI (Conegliano). — *Occlusione intestinale cronica da volvolo di megadolicosigma. Resezione. Guarigione.* — Illustra il caso clinico e dimostra il pezzo operatorio formato da un'enerme sigma torto di mezzo giro e resecato in un tempo unico. Ne seguì guarigione completa e duratura.

G. PACETTO (Roma). — *Ricerche sperimentali su alcune proprietà del siero di animali trattati con estratti splenici.* — Il siero di cavie iniettato con milza di coniglio ha proprietà emopoietiche spiccate per il coniglio in cui si nota iperglobulinemia e segni di spiccata rigenerazione globulare.

G. CONIGLIO (Catania). — *Sulla possibilità di ricanalizzare le vie spermatiche interrotte.* — Ha innestato il deferente interrotto sia nell'epididimo che nel didimo. Per quanto il canale rimanga pervio rimaneva privo di nemaspermi. I risultati a cui arriva hanno un valore negativo sulla possibilità della ricanalizzazione, che però è lo stesso sempre da tentarsi nell'uomo.

V. GAGLIO (Palermo). — *Sulla direzione che prendono le neurofibrille rigenerantisi dal moncone centrale di un nervo reciso.* — Ha suturato il moncone centrale di un nervo reciso piegato ad ansa in direzione centripeta con un segmento di un nervo vicino accostando alla sutura nervosa l'estremità del moncone periferico. Le fibrille nervose nonostante la maggiore difficoltà hanno raggiunto in grande maggioranza il moncone periferico sì da ammettere che abbiano una speciale tendenza a decorrere verso la periferica.

V. GRASSELLINO (Palermo). — *Legatura del coledoco e comportamento di alcune proteine e degli acidi grassi nel plasma sanguigno del rene.* — Vi è una diminuzione dell'azoto totale e della sieroalbumina mentre l'azoto non proteico aumenta. La fibrina prima aumenta poi diminuisce. Il metabolismo dei grassi non subisce alcuna variazione.

C. ROSSI (Palermo). — *Le alterazioni funzionali del pancreas nelle sindromi associate dell'addome destro.* — Non ha trovato alcuna variazione del tasso diastasico nè nelle orine nè nel sangue, invece nel 55 % dei casi ha trovato un evidente aumento del tasso lipasico. Ritiene quindi che il pancreas abbia parte importante nel determinismo clinico della S.A.D. come facente parte di quel complesso di lesioni che ne costituiscono il substrato anatomico.

* * *

Durante il Congresso è stato approvato il seguente ordine del giorno presentato da un gran numero di soci:

« La Società Italiana di Chirurgia nella sua seduta amministrativa tenuta in Roma il 22 ottobre 1932; considerato che, secondo l'articolo 4 dello Statuto, tra gli scopi della Società vi è pure quello di tutelare il prestigio e gli interessi legittimi dei cultori della chirurgia; considerato l'ingiustificato diverso trattamento applicato dalle singole Amministrazioni ospedaliere nei confronti dei Sanitari dipendenti; considerato il grave danno morale e materiale che da tale disparità deriva ad una gran parte di essi; riferendosi ed approvando i principî direttivi recentemente enunciati in proposito dal Sindacato Nazionale Medici Fascisti; fa voti:

1) che siano stabilite, per legge, norme regolamentari uniche di massima per tutti gli ospedali del Regno;

2) che ai chirurgi ospedalieri sia indistintamente concesso il libero esercizio professionale, nonchè la libera contrattazione degli onorarî per le cure prestate negli ospedali agli ammalati abbienti, senza che le Amministrazioni possano trattenere alcuna percentuale sugli onorari stessi;

3) che le Amministrazioni comunali, anche nel proprio interesse, non possano permettere l'ammissione gratuita degli abbienti negli ospedali con le relative cure gratuite;

4) che alle mutue dei semi-abbienti siano concesse opportune agevolazioni nell'applicazione degli onorarî di cura ».

* * *

Il prossimo Congresso avrà luogo nell'ottobre 1933 a Pavia.

Presidente del Comitato ordinatore è il prof. G. FICHERA, clinico chirurgo di Pavia.

Vice-Presidenti: proff. TANSINI e MORONE.

Il tema di Relazione della Società di Chirurgia è: « Il drenaggio delle vie biliari (derivazione della bile) ». Quello in comune con la Società di Medicina Interna è: « Malattie dovute a lesioni delle paratiroidi ».

Durante il Congresso sono state tenute numerose sedute operatorie. Il prof. ROBERTO ALESSANDRI della Clinica Chirurgica eseguì in un caso di ulcera digiunale post-gastroenterostomica una resezione gastro-duodeno-digiunale seguita da gastrodigiunostomia secondo Polya e digiuno-digiunostomia, una pielonefrotomia; nell'Ospedale Benito Mussolini una apicolisi ed una toracoplastica per tubercolosi polmonare. Altre sedute operatorie furono tenute nel II Padiglione del Policlinico dal prof. MARGARUCCI e nell'Ospedale del Littorio dal prof. CHIASSERINI.

P. VALDONI.

I MAESTRI

AUGUSTO MURRI.

Ad accettare l'invito che l'illustre Clinico di Roma mi ha fatto di scrivere queste note commemorative del Grande Scomparso, mi ha incitato, superando la convinzione delle inadeguate mie forze al compito, l'amore verso di Lui. Mi accingo all'incarico, appoggiandomi a quanto l'ammirazione, l'affetto e la conoscenza hanno già fatto scrivere a colleghi, ad amici, ad ammiratori, e sovra tutti ai suoi due fedelissimi fra i fedeli, Silvagni e Gnudi.

* * *

Ebbe Egli una vita travagliata fin dall'infanzia e nella gioventù sentì, oltre la mancanza del Padre esule, i disagi economici che da questa lontananza derivavano alla famiglia che, per quanto discendente dall'antica nobiltà marchigiana dei Fraccagnani, era di più che modesta fortuna. Fortuna sua grande fu invece di avere una madre affettuosamente vigile.

Egli ebbe stentatamente gli insegnamenti necessari per attraversare l'inevitabile trafila della Scuola: ma fin d'allora lavorò di per sè, supplì colle Sue doti alla mancanza degli insegnamenti. Quasi illetterato a quindici anni, a diciotto aveva superato la maturità classica.

Fatta l'Università a Firenze, ed ottenuta la laurea, con una borsa di studio passò in Francia ed in Germania e dallo spirito clinico di Trousseau e sopratutto dall'indirizzo fisiologico di Traube ebbe i primi veri insegnamenti che diedero sì grande frutto.

Non che in Patria non trovasse chi già aveva tracciato una via alle innovazioni, nel metodo del

lo studio clinico; Maurizio Bufalini era stato un grande Precursore, perchè, come lo stesso Murri ebbe in più occasioni a scrivere: « Egli, opponen- « dosi non solo al vitalismo di Brown ma anche « al vitalismo dei fisiologi, dei fisici, dei clinici, « Egli che aveva investigato lungamente al lume « della fisica, della chimica, della fisiologia, del- « l'anatomia patologica, il processo nosogenico, se- « meiotico e terapeutico, aveva sempre affermato « un pensiero che più semplice non sarebbe fa- « cile trovare: « la malattia bisogna studiarla sul « malato ,,. Da un corpo sano come mai si potreb- « be sapere senz'altro ciò che è un corpo non « sano? Per saperlo è necessario osservarlo ».

Ritornato Augusto Murri dall'Estero, fece il medico condotto e questa sua qualità gli valse da Alfredo Oriani — che non era tenero nei suoi giudizi pei medici — la qualifica del « più grande dei Medici Condotti ». Egli ricorda l'angoscia sofferta di fronte ad un pneumonico che invano cercava di strappare alla morte, non diversamente da Mackenzie, che comprese l'insufficenza delle sue cognizioni al letto di una puerpera che, stupito, vedeva venirgli meno per una insufficenza acuta di cuore, che Egli non aveva saputo prevedere.

E fu la grande preoccupazione di giovare all'uomo malato che, dominandolo tutta la vita, spinse il Murri allo studio, all'osservazione, all'indagine, alla scienza; perchè l'uomo così tenero del bene dell'infermo aveva tempra di scienziato e di artista insieme. Se infatti il saper ragionare è della analisi, assurgere alla sintesi è dello scienziato, il sapere osservare finemente appartiene anche all'arte.

Il Baccelli nel 1868 aveva letto di Lui un lavoro fatto in Germania sull'*atrofia giallo-acuta del fegato*: idee nuove, orizzonti nuovi. Lo volle suo Aiuto e si stabilì allora fra loro quella amicizia, quella mutua ammirazione che faceva dell'Allievo il sempre devoto ammiratore del Maestro, del Maestro affezionato l'estimatore di quell'Uomo del quale Egli, con una frase sintetica, diceva « il grande cervellone ».

Al concorso per la cattedra di Torino, rese ammirati gli esaminatori; fu prescelto il Rovida, che non aveva dato l'esame: ma Bonghi riparò all'allontanamento dalla cattedra del nostro Grande perchè, resasi vacante la cattedra di Bologna, lo invitò ad andarvi e, Lui titubante, lo spinse l'eccitamento di Federici, che gli telegrafò: « andate: nessuno più degno di voi ».

* * *

Quando Egli salì sulla cattedra di Bologna aveva già nel 1873 fatte le esperienze pubblicate nel Suo memorabile lavoro sul « *Potere regolatore della temperatura animale* » ed aveva pubblicato la *Teoria della febbre* che aveva fatto vaticinare da Maurizio Bufalini: « quella è una testa che farà ».

Non era l'ambiente bolognese molto propenso al nuovo clinico, perchè gli studenti universitarii erano affezionatissimi a Luigi Concato che, trasferitosi a Padova, sua città nativa, aveva sentito subito la nostalgia di Bologna, della sua cattedra e desiderava ritornarvi.

Il Concato, che, come dice uno dei suoi allievi, il Riva, fu uno dei clinici più reputati di Europa e uno dei più fortunati insegnanti che abbia avuto l'Italia, reduce dalla scuola di Vienna, aveva raccolti a Bologna i maggiori trionfi: onde l'entusiasmo che aveva destato nella gioventù. Pur tuttavia il Murri seppe in breve acquistarsene il favore; sì che, mentre le cronache bolognesi segnalavano che la sua prelezione il 19 gennaio 1876 si era iniziata in mezzo ad un assoluto silenzio del numerosissimo uditorio, dopo pochi giorni avvertivano che il prof. Murri « ha incontrato la generale soddisfazione degli studenti e dei colleghi ».

E così incominciò quella universale ammirazione che Egli seppe suscitare nella Sua Bologna, divenuta *Sua*, non solo perchè ne divenne cittadino onorario, ma perchè Egli non volle mai abbandonarla, per lusinghiere offerte fatte da altri autorevoli Studii. Qui compiè tutta la Sua vita d'insegnante fino al 1916, quando fu colpito dalla legge dell'età, che per Lui fu dichiarata inesorabile!

Furono questi quarant'anni contrassegnati da una attività meravigliosa nel campo professionale, in cui divenne il consulente più ricercato; in quello dell'insegnamento, dove raggiunse le maggiori e insuperate altezze; nel campo scientifico, che gli diede modo di mostrare la Sua grande capacità di osservatore, di sperimentatore, di logico.

« Armato fortemente di una impalcatura naturale matematica — ha detto in questi giorni il chiarissimo Suo successore sulla cattedra — che si traduceva in una ferrea potenza di logica, tutto penetrato e direi imbevuto di una formidabile coltura moderna, dotato di facilissime e fulminee facoltà interne associative ». Egli scese in lotta contro « la fluida ed ingannevole materia delle incerte nozioni, delle vaghe impressioni, delle idee approssimative, della suggestione dei sensi e dello spirito, dei pregiudizi e di quelle ingannevoli apparenze di verità che Bacone chiamava *idola mentis* ».

E di fatti gli insegnamenti Suoi furono tutti improntati al più severo spirito di critica, al più rigoroso ossequio alla logica: Egli, come ogni grande artefice, ha studiato di forgiarsi sopra tutto lo strumento e con questo si è affacciato allo « studio affascinante degli esseri viventi e dell'uomo malato, che da nessuno è vinto per la forza della sua seduzione intellettuale ».

I capisaldi del suo pensiero didattico erano veramente granitici: l'amore illimitato ed indefesso, incrollabile alla verità, la meta indefettibile di tutti i nostri sforzi, animava tutto il Suo pensiero sì che ad esso si informavano e l'osservazione scrupolosa dei fatti (observatio naturae) e la conseguente critica rigorosa di essi (interpretatio naturae). Ne veniva una specie di apologia del dubbio, il « demone benefico » di Huxley, la costante cautela contro le seduzioni dell'errore. Per tutto ciò era necessario l'esercizio continuo della ragione, l'unica nostra potenza, colla avvertenza che essa pure è fallibile come fallaci sono i sensi per mezzo dei quali raccogliamo i fatti. La necessità quindi dell'incessante ed intensa educazione dei sensi e della ragione per raggiungere quel vero che Egli, dice il Viola, « perseguì con

tanta passione e al quale innalzò più volte un inno accorato ».

Ma non è giusto il dire che più del vero abbia amato il metodo logico, perchè questo era soltanto il mezzo: ed ove fosse stato fallace avrebbe avuto per controllo la ragione.

Per Lui, ripeto, il metodo era l'istrumento: può forse l'artista amare l'istrumento ed i mezzi per comporre l'opera d'arte più che l'opera stessa? Combatteva contro tutto ciò che era ed è incontrollabile: ecco perchè poneva in guardia contro le seduzioni dell'occhio clinico, contro quelle della intuizione. Quale infatti il controllo su di questa? Quali i confini? Quali le regole?

Parrebbe che l'insegnamento Suo dovesse fare insorgere nell'animo degli studenti piuttosto la sfiducia nelle loro forze e scoraggiarli al primo affacciarsi ad uno studio così arduo. Parrebbe che nella dottrina del Maestro trasparissero note di scetticismo e di pirronismo per l'insistente esaltazione del dubbio e per la svalutazione di qualsiasi concetto che non fosse sottoposto alla critica: « Meglio ignorare — Egli proclamava — che credere in un errore ».

Eppure lo studente capiva presto quanto il Maestro fosse animato della più profonda delle fedi nella scienza e dal più grande entusiasmo nello studio.

Si è detto che Egli ha insegnato a riguardare l'ammalato col pensiero fisiologico. Certo nessuno più di Lui fra i Clinici italiani ha dato importanza alla Fisiologia nello studio della Clinica, ma si deve dire che sopratutto Egli ha insegnato a pensare col pensiero clinico. « La Clinica — Egli « ha dettato — deve avere dalle altre scienze tutti « i possibili insegnamenti, tutte le possibili ri- « sorse, ma essa ha il diritto di esistere per sè, « ha le sue osservazioni e i suoi fatti che non « possono essere raccolti che sul malato: riceve « lumi dalla Patologia e dalla Fisiologia come ne « ha dati e ne dà »; ed affermava « che esiste « una Fisiologia di laboratorio e vi è una Fisio- « logia di Ospedale e fra le due come da per tutto « sta una regione mista ai confini: ma chi vuol « conoscere l'ammalato deve osservare l'amma- « lato »; e diceva pure: « La Clinica come io la in- « tendo ha due compiti ben diversi: il primo è « di dare alla società Medici che sappiano cono- « scere e curare le umane infermità: ma la Cli- « nica deve essere anche un laboratorio scienti- « fico: è in Clinica, solamente in Clinica che si « forma la vera scienza ».

Su queste basi di insegnamento Egli fece — come assevera il Viola — « la robusta formazione dell'intelletto di molte generazioni di Medici e giovò a tutte le scuole Italiane ».

Non si creda però che la lezione di Augusto Murri finisse coll'essere una trattazione di metodologia e di logica: Egli ha più volte esposte le idee alle quali informava il suo insegnamento e che voleva inculcare nell'animo dei giovani all'inizio della loro carriera clinica anche in lezioni apposite; tra le quali culminano quelle sul *Pensiero scientifico e didattico della Clinica Medica Bolognese*. Ma nelle lezioni Sue, l'oggetto della trattazione era sempre il malato, nè divagava per discussioni teoriche che avrebbero mostrato inopportuna erudizione e delle dottrine riferiva quel tanto necessario alla comprensione dei fatti. Suo obbietto era il malato, Sua tesi la diagnosi alla quale rivolgeva tutta la mente.

Ed infatti, come già si disse, l'uomo malato era in cima a tutti i Suoi pensieri ed Egli infiammava gli scolari sulla natura etica dell'ideale medico.

« Ippocrate — ricordava — assegna al Medico queste due qualità: un vero amore degli Dei ed un amore disinteressato degli uomini: gli Dei di Ippocrate sono spariti ma gli uomini restano e aspettano aiuto da Voi ». E se Gabriele D'Annunzio ha detto che egli vede Murri nel primo cerchio dantesco, insieme con Dioscoride, Ippocrate e Galeno, ricordo pure quanto il Poeta mite Giovanni Pascoli ha scritto di Lui: « Noi lo abbiamo veduto al letto del morente, ce lo siamo veduto al letto del dolore. Egli allora sorride e il Suo viso, come da entro un'aureola sfiora e accarezza il sofferente. Curvo su lui come una madre, lo esplora e tenta da ogni parte colle dita leggere, lo ascolta in ogni parte coll'orecchio attento e minuto: alle blande parole, ai tocchi delicati par che la speranza ritorni e la vita si riaffacci alla dolente camera ».

* * *

Se la Medicina Italiana deve ad Augusto Murri di avere educato parecchie generazioni di studiosi all'esercizio scrupoloso e cosciente della difficile Arte di curare, la Scienza medica gli deve pure la scoperta di nuovi veri. Si può dire che fu talora un precursore coll'affermare verità riconosciute poi, tal'altra aprì nuovi orizzonti quando non segnò confini determinati in campi non ben definiti e ricondusse alla realtà concessioni ed ardimenti che potevano essere inutili e dannosi.

Culmina l'opera Sua scientifica lo studio sull'*Emoglobinuria da freddo* che giustamente il Silvagni chiama « il capolavoro della sua virilità, mirabile investigazione scientifica e di tutto il fenomeno morboso e di tutte le sue attinenze » dalla quale scaturì tutto quell'assieme di conoscenze sulla funzione glomerulare e sulla sua importanza nell'albuminuria che furono, molti mesi dopo che le lezioni del nostro Maestro avevano visto la luce, studiati da Heidenheim. Dimostrò con quella esperienza sul dito che Cohnheim disse « geniale » e che attribuì ad Ehrlich (il quale la fece un anno dopo del Murri) che la dissoluzione del sangue avviene nei vasi e sostenne l'origine sifilitica della forma morbosa che venne riconosciuta successivamente vera e dimostrata tale dal Micheli.

Fra i primi dimostrò la inesistenza della dualità clinica della tisi e nelle indagini sulle funzioni del cuore ammalato Egli rivelò che se la legge di Maestrini e di Starling vale pel cuore sano, il cuore malato si comporta in modo suo proprio e da Lui messo in evidenza. E costituì così quella che oggi si chiama da alcuni clinici

la *legge di Murri*. E *sul valore curativo della digitale* espresse i concetti che, *mutatis mutandis*, furono poi proclamati da Mackenzie.

Nel campo della Neurologia fu dei primissimi cultori italiani; e mirabili pel loro valore clinico sono le *Lezioni sulla sifilide cerebrale* dettate già nel 1876 alle quali fecero seguito quelle sui *Tumori cerebrali, Sui tumori del cervelletto* che nulla hanno da invidiare alle pubblicazioni estere fatte al riguardo.

Nello studio *Sull'idrocefalo cronico* Egli ha aggiunto nuove regole ai criterii fissati già da Oppenheim e dagli altri per la diagnosi esatta.

Nè è da dimenticarsi che fece un mirabile studio sulle *Policlonie e Coree*, che investigò la causa della *Deviazione coniugata degli occhi e del capo*, dimostrando per primo che ciò che era ritenuto effetto di paralisi muscolare era conseguenza di sovrazione degli antagonisti, traendo in campo l'azione del cervelletto, che altri Autori tra cui il Marinesco, hanno collocato nei gangli della base.

Il contributo alla *Diagnosi dell'ascesso cerebrale* fu completato dalla sua affermazione contro l'autorità di Bergmann sulla necessità dell'intervento operatorio.

Lo spirito suo aperto ad ogni modernità lo ha dimostrato nei suoi lavori che hanno rapporto colla scienza delle secrezioni interne: sì che anche in questo campo pubblicò lavori notevoli per originalità di osservazioni, per profondità di vedute.

Resteranno sempre mirabili quelli sul *Morbo di Addison e Sindrome lombare* e sulla *Insufficienza pluriglandolare*.

L'acume suo critico seppe ben precisare ciò che dal lato terapeutico può il medico attendersi dall'impiego dei prodotti dell'opoterapia glandolare, affermando concetti che a più di cinque lustri di distanza furono di recente ripetuti da Max Hirsch.

* * *

L'importanza dell'opera sua scientifica fu così valutata all'Estero che il Murri fu il solo Italiano che, col Golgi, sia stato eletto Membro onorario della « Berliner Medizinische Gesellschaft » che in cinquant'anni ne aveva nominati solo ventitre che rispondono ai nomi di Laveran, Lord Lister, Kitassato, Paulow ed altri sommi. Ed a me che me ne compiacevo con Lui, rispondeva: « Io mi vergogno come un ladro a sapermi in tale compagnia ».

Modestia invincibile in questo Grande che, schivo di onori e di cariche, rifiutò di rientrare nel Parlamento e per cinque volte il Laticlavio, che con insistenza anche dal Maestro Suo, Guido Baccelli, gli era stato offerto. Egli che nel Cimitero monumentale di Bologna avrebbe potuto avere un adeguato ricordo che indicasse ai profani futuri la Sua grandezza, preferì riposare nel modesto Camposanto della natia Fermo, ove noi, suoi fedelissimi, lo abbiamo pochi giorni or sono accompagnato, onorato e rimpianto e lo abbiamo veduto deporre — coll'animo straziato per il definitivo distacco — in un più che semplice loculo sotterraneo, accanto ai suoi Cari, dai quali aveva tolto le doti dello spirito e la fortezza dell'animo che non si smentirono nemmeno nelle più grandi traversie della vita quando fecero a gara l'avversità degli eventi e l'invidia degli uomini per abbattere Lui che come Capaneo non piegò la sua alta cervice.

E sì che Egli soffriva tanto in quel tempo che dal petto gli uscì la frase scultorea: « Le parole hanno un potere limitato: il pensiero, l'amore, il dolore no: Se c'è qualcosa nell'uomo che pare non abbia confini è il dolore ». Così alto, così umano, così giusto in tutto che Monsignor Geremia Bonomelli scrisse di Lui: « Partendo da punti opposti arrivavamo alla medesima meta. La figura intellettuale di Augusto Murri può solamente paragonarsi a quella di Marco Aurelio ».

Educatore delle coscienze, chè Egli insegnava: « Noi abbiamo una sola aristocrazia ed è la nostra coscienza di essere volti verso l'alto ». Ed ancora: « I corpi possono essere separati, ma non ci sono catene, nè giudizi nè sentenze, per le anime e per la coscienza, l'unica cosa buona che, secondo me, abbia saputo inventare chi ha pensato la vita ».

« Io odio — mi scriveva in una delle sue lettere che conservo preziosamente per l'amore che le penetra, le verità che vi squillano e per quello stile epistolare tutto Suo, *soltanto Suo* inarrivabile per purezza ed originalità — tutti i mezzi termini così comodi per le coscienze frolle: per questo io non appartengo a nessuna società politica o religiosa. Benedettissima amica, immanchevole, sincera, severa eppure amorosissima coscienza! Tu basti a tutto e vali per tutti. Io l'amo davvero, mio Vitali, questa sublime amica! ».

* * *

Augusto Murri fu patriota e fu interventista.

E vale la pena di citare la chiusa di una bellissima e fervente lettera tolta dal Manetti, scritta nel marzo 1915 al col. Bernardi, direttore dei Servizi Sanitari: « Ella potrebbe comandarmi sicuro di essere obbedito fedelmente in qualunque opera volesse affidarmi, non nelle alte, quale forse la benignità sua per me potesse tentarla d'assegnarmi, ma anche in una umile, poichè per me, come per moltissimi, la nobiltà dell'ufficio non può in questo essere determinata dalla natura dell'azione data, ma dall'amore per la nostra Patria illustre, che non reclama che il rispetto del suo diritto negatole finora dall'altrui prepotenza ».

Ed in altra circostanza, come squillo annunciante la vittoria: « Per fortuna i nostri Soldati si battono bene e quando saremo diventati padroni della terra nostra e dei monti nostri, quando saremo finalmente liberati da quest'aculeo che ha lacerato il nostro cuore per tutta la vita col pensiero di Trento, di Trieste, delle Alpi, allora gli Italiani metteranno giudizio... ».

Non fu il nostro Grande anche antiveggente?

FABIO VITALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Crisi convulsive di origine meningea o cerebrale durante la gravidanza, simulanti l'eclampsia puerperale.

Quando dal 6° mese di gravidanza in poi una donna ha convulsioni tonico-cloniche con intervalli comatosi e si ha pure ipertensione, albuminuria, edemi, si fa diagnosi sicura di eclampsia. Se manca uno dei sintomi suindicati si andrà prudenti nella diagnosi e si faranno le diagnosi differenziali coll'isterismo, coll'epilessia, coll'alcoolismo, col diabete. Più difficile è la differenziazione dalla meningite e da alcune lesioni cerebrali.

Reeb e Metzger (*Revue Franç. de Gynéc. et d'Obstetr.*, luglio 1932), descrivono un caso di meningite purulenta, decorsa acutamente, in gravida al 7-8 mese non ipertesa, senza edemi e con albuminuria incostante, con convulsioni seguite da coma, con Koernig presente, nel quale caso però non fu fatta la puntura lombare e il reperto meningitico fu confermato all'autopsia e un caso di emiplegia con convulsioni insolita in una gravida al 6° mese dopo immissione di soluzione di lysol nel collo dell'utero fatta dalla paziente stessa, dovuta probabilmente ad embolo di un'arteria al peduncolo cerebrale.

Gli AA. ritengono che segno utile nella diagnosi di eclampsia puerperale sia quello di Setz: la diminuzione notevole dell'eccitabilità neuromuscolare alla corrente galvanica, che è un sintoma precoce e precedente l'ipertensione e manca nelle convulsioni non eclamptiche. R. LUSENA.

Le emorragie gravi del post-partum in generale.

Z. Arslanian (*Revue Française de Gynécol. et d'Obstetr.*, luglio 1932) osserva che nel territorio di Aleppo è facile vedere le emorragie post-partum e le più gravi loro complicazioni per mancanza di maternità e per il falso pudore che fa chiamare l'ostetrico solo in casi disperati.

Egli ritiene che il lavaggio endouterino sia utilissimo anche se, com'è la regola, esso provoca un forte rialzo termico preceduto da brividi. Secondo lo stesso A. i lavaggi endouterini a scopo disinfettante nei giorni che precedono un raschiamento non si devono fare, perchè in presenza di un utero sanguinante e infetto si deve intervenire e svuotare rapidamente, a meno che l'infezione non abbia oltrepassato la quinta giornata ed è più prudente allora curare la setticemia con mezzi medici come si cura il tifo.

A infezione dichiarata e che duri da qualche giorno è controindicato il raschiamento, ma sono indicati i lavaggi endouterini continui.

Nelle emorragie fulminanti che seguono di poco il parto o si tampona o si comprime l'addome (oltre ad iniettare ergotina o pituitrina).

In qualche caso è utile la trasfusione di sangue.

Il raschiamento è utile e senza pericoli nelle emorragie tardive (1 o più mesi dopo il parto).

L'isterectomia non è consigliabile a setticemia dichiarata. R. LUSENA.

Le indicazioni per la provocazione dell'aborto.

B. Whitehouse (*The Brit. Medic. Jour.*, 20 agosto 1932), rileva che il problema della provocazione dell'aborto è grave per il medico, non solo dal punto di vista tecnico ma anche da quello sociale. La provocazione dell'aborto ha dei pericoli per la madre, anche se fatta da medico esperto.

In Germania ogni anno 8000 donne muoiono per aborto, e 25.000 diventano permanentemente invalide.

Il rapporto fra aborti e parti a termine a Birmingham è di 1 a 4,7.

Per quanto riguarda l'aborto terapeutico, le difficoltà nel decidere riguardano più le minori che le maggiori indicazioni.

Le maggiori indicazioni sono: le tossiemie gravidiche che non migliorano colla terapia medica (vomito incoercibile, eclampsia); le malattie croniche che aggravate dalla gravidanza (diabete, nefrite, tubercolosi, malattie di cuore, denutrizione, e a volte malattie mentali); ostruzione delle vie del parto.

Negli ospedali di Londra una statistica recente dà una percentuale di aborti terapeutici del 0,6% sul numero totale degli aborti.

Sulle indicazioni maggiori all'aborto terapeutico molto si è scritto; oggi c'è la tendenza a limitare l'aborto anche nel campo di queste indicazioni. Così nella cardiaca si consiglia di non interrompere la gravidanza se non ci sono fenomeni di scompenso del cuore.

Le indicazioni minori riguardano le malattie che sono aggravate dalla gravidanza senza che ci sia pericolo per la vita materna: debolezza generale con perdita di peso, operazioni addominali recenti con aderenze (p. es. appendicectomia con drenaggio consecutivo), pregresso taglio cesareo, prolasso dei visceri pelvici, pregressa operazione di plastica del pavimento pelvico, nascita di bambino deficiente nella gravidanza precedente, instabilità mentale della madre, infezione puerperale sul parto precedente, per ragioni economiche in famiglie con

10 e più figli, per tumore maligno coesistente o per necessità, se la gravidanza continuasse, di andare a partorire in luogo dove manca l'assistenza ostetrica.

L'A. non ritiene che sia sempre giustificato intervenire per queste indicazioni minori ed è bene evitare che, accogliendo senz'altro queste indicazioni, si cada nell'eccesso, che in Inghilterra sarebbe illegale, che si verifica nei paesi in cui l'aborto si fa su vasta scala.

R. LUSENA.

Nelle manifestazioni della menopausa.

A. Rabaud (*Provence méd.*, 15 luglio 1932) consiglia dei bagni a 30°-32°, per 3 minuti e delle docce a 37°, a getto spezzato, per 1 minuto e 1/2, seguìte da un getto fresco. Oltre a ciò delle cure idroterapiche.

In generale, la menopausa, anzi che creare delle malattie, dà un colpo di frusta a quelle che già esistono e rinforza tutti i processi morbosi. Vi sono però dei disturbi cardiaci che possono dare delle gravi insufficienze, ma scomparire del tutto in seguito.

Alimentazione moderata, pochissimo vino, ridotti il tè ed il caffè.

Come medicamenti, anzitutto i regolatori vasomotori.

Estr. fluido di hydrastis
» » hamamelis, ana g. 15
Acido fosforico q.b. per
impedire il precipitato
Tintura di zafferano g. 10

S. XXX gocce ad ogni pasto, per 15 giorni al mese.

Gli estratti ovarici saranno prescritti per 15 giorni al mese, associati alla tiroide. Più attivi sono quelli follicolari. Utili sono quelli preipofisari.

Attivare le funzioni intestinali, somministrando ogni mattino, in acqua tiepida, un cucchiaino di:

Solfato di sodio g. 20
Citrato di sodio » 20
Iposolfito di sodio » 10

Per le malate con ipertensione, tintura di gialappa, con sciroppo di lamponi (ana g. 10) tutte le settimane.

fil.

SEMEIOTICA.

La "triade intestinale,, nella dissenteria amebica.

Secondo A. Alexeieff (*Arch. Schiffs. u. Tropenhyg.*, agosto 1932) la « triade intestinale » dell'amebiasi è data dal reperto nelle feci di eosinofili, cristalli di Charcot-Leyden e neutrofili pseudopicnotici.

Solo questi ultimi sono patognomonici della forma: i primi due elementi infatti si possono anche trovare nell'enterite mucomembranosa. Alexeieff si ferma a descrivere minutamente i caratteri dei neutrofili pseudopicnotici: essi presentano alterazioni nucleari e plasmatiche: i nuclei si raggrinzano, poi si fondono, la cromatina si addensa sotto la membrana nucleare mentre si dirada al centro: il protoplasma diventa dapprima omogeneo e più colorabile con l'eosina, si scolora poi anch'esso, dapprima attorno ai nuclei, riducendosi poi ad una sottile listerella periferica, finchè scompare del tutto, e il nucleo ormai unico, appare libero. Tali alterazioni sembrano dovute all'azione del fermento proteolitico del parassita. La percentuale dei neutrofili così alterati riscontrabili nelle feci (variante dal 3-4 all'85 e più per cento) è proporzionale alla gravità della forma e non alla quantità delle amebe presenti.

PUDDU.

Metodo per la diagnosi dell'amebiasi.

A. C. Reed e H. G. Johnstone (*Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 27 agosto 1932) rilevano che la diagnosi di amebiasi è basata unicamente sull'identificazione microscopica dell'ameba istolitica, che richiede speciale abilità tecnica ed esperienza. Di più le feci devono essere esaminate entro le 48 ore per la ricerca delle cisti. C'è una larga percentuale di malati con amebe nelle feci pur non avendo diarrea. La ricerca delle forme mobili va fatta subito dopo l'emissione delle feci e l'esame, se negativo, dev'essere ripetuto per sei giorni consecutivi. È utile la somministrazione di sale purgativo per ottenere feci poltacee. Si deve anche fare l'esame sigmoidoscopico e prelevare degli strisci dalle ulcerazioni o, se non si trovano ulcerazioni, dalla mucosa intestinale.

L'identificazione delle amebe è fatta in modo sicuro se si colorano gli strisci con ferro-ematossilina.

La tecnica migliore è questa: il vetrino su cui è stato strisciato il materiale da esaminare è immerso prima che si secchi per 10 minuti nel liquido fissante di Schaudinn riscaldato a 60° oppure per una notte nello stesso liquido freddo. Poi è messo per dieci minuti in alcool iodato e poi in soluzione alcoolica al 70 % e così spedito a chi lo deve esaminare dopo colorazione con ferro-ematossilina.

R. LUSENA.

EPIDEMIOLOGIA.

Come si contrae il kala-azar?

Paul Giraud (*La Presse Médic.*, 7 settembre 1932) osserva che in Francia la zona in cui si può contrarre il Kala-azar è limitata alla costa mediterranea da Marsiglia a Mentone, alla Corsica e all'Isola di Beauté. Un solo caso è stato contratto nei Vosgi. A Mar-

siglia ne sono stati osservati 95 casi dal 1922 ad oggi. L'età in cui la malattia è stata più frequente è fra 1 e 2 anni ed ha colpito persone che abitavano in case con giardino.

L'origine canina della leishmaniosi ha molti fatti in suo favore: l'esistenza di leishmaniosi canina con ripartizione della malattia identica a quella umana, la possibilità di inoculare al cane la leishmaniosi umana. Però le osservazioni dell'A. gli permettono di affermare che il contatto col cane non è necessario per la trasmissione della malattia, perchè si ammalarono quattro bambini che non avevano mai avuto contatto con cani.

Maggiore importanza per la trasmissione da cane a cane si deve dare alle zecche.

La trasmissione all'uomo potrebbe avvenire per via digestiva (in un caso un bambino ammalò alcuni mesi dopo aver deglutito feci di cane), ma i fatti sperimentali non sono a favore di questa ipotesi, tanto più che non si trovano quasi mai parassiti nelle feci di cani. Anche la via cutanea (sia per contagio dal cane, sia per intervento di un insetto) non ha avuto fin'ora dimostrazione indiscutibile.

Praticamente è bene tener lontani dai bambini i cani malati o sospetti, uccidere i cani malati e combattere i flebotomi e le zecche.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ricambio basale nell'ipertensione.

Fra le varie teorie dell'ipertensione renale ed essenziale, A. Gualdi (*Cuore e circolazione*, sett. 1932) si sofferma particolarmente su quella di Kylin, secondo cui nella prima esiste ipertensione capillare e capillarite generalizzata, nella seconda, invece, esisterebbe soltanto un angiospasmo arteriolare generalizzato, determinato da impulsi nervosi. Si tratterebbe, in fondo, di un'alterata regolazione dell'innervazione vasale, sulla base di una costituzione neurovegetativa particolare. Tale recettività è condizionata e regolata da fattori chimici ed ormonici. Lo studio di questi elementi, negli ipertonici, ha rivelato secondo i casi aumento della colesterina, del potassio, del glucosio, dell'acido urico, diminuzione del calcio, ecc.

Questa concezione dell'ipertonia essenziale si accorda con l'osservazione clinica, che dimostra l'affinità e la parentela tra ipertonia e malattie del ricambio (gotta, diabete, obesità) e con degli stati morbosi particolari, quali l'emicrania oftalmica, l'orticaria, la diatesi spasmofila, malattie tutte, che si raggruppano nella vecchia diatesi neuroartritica dei francesi.

Si dà pertanto grande importanza allo spasmo vasale generalizzato, che a sua volta riconosce come causa diversi fattori quali aumento di varie sostanze (adrenalina, potassio, acido urico, ecc.) e fattori ormonici, come lesioni delle ghiandole sessuali, della tiroide o disturbi della regolazione nervosa.

Ricco d'interesse si presenta quindi lo studio del ricambio basale, che l'A. ha eseguito su diversi infermi. Dal suo lavoro risulta anzitutto che nell'ipertensione renale, il ricambio basale è contenuto nei limiti normali e non esiste un rapporto fra il grado d'insufficienza del rene ed il ricambio basale.

Nell'ipertensione senza lesioni renali e che può considerarsi come primitiva ed essenziale, il ricambio basale è invece nettamente e costantemente aumentato. Tale aumento non muta anche nei periodi di spontanee e notevoli cadute dell'ipertonia. Non si può quindi affermare che esista un rapporto diretto fra ipertensione e ricambio basale, che le ricerche dell'A. escludono. Si deve pertanto ammettere che ipertensione ed aumentato ricambio basale costituiscano due manifestazioni coordinate dovute ad una stessa causa, mutabile da caso a caso; entrambi sarebbero legati a disturbi coordinati della regolazione nervosa centrale a sede subtalamica ed influssi di natura nervosa, ormonica, umorale sarebbero capaci di produrre un eccitamento di tali centri, causando il contemporaneo esordire delle due manifestazioni.

fil.

VARIA.

La paralisi agitante considerata come un'oidiomicosi.

Homer Richard Keyes (*Americ. Med.*, giugno 1932) ritiene che la pellagra sia una moniliasi e la paralisi agitante un'oidiomicosi.

L'oidium che l'A. ritiene causa della paralisi agitante fu isolato dalle feci in 5 malati.

L'oidium si coltiva su terreno di Loeffler e su agar glucosio. Su terreno di Loeffler dà ifi a forma di tubo, posti uno in seguito all'altro, apparentemente separati, lunghi da 25 a 50 μ e contenenti granuli plasmatici. Lo stesso si ha su agar-glucosio, con ifi meno lunghi.

Su agar glucosio, dopo 24 ore, si ha sviluppo di una pellicola non lontana dalle feci seminate che microscopicamente rivela qualche volta la presenza di elementi a forma di limone, aggruppati come un monile, con diametro di 2-6 μ, e anche alcune forme simili a streptobacilli. Questi ultimi elementi sono « Submonilia oidioida » oppure possono anche essere un genere nuovo che si potrebbe chiamare « submonilia ».

Un vitello nutrito con feci contenenti questi parassiti presentava 14 mesi dopo andatura spastica senza tremori.

R. LUSENA

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bolzano. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore tecnico, Direttore del Dispensario provinciale. Stipendio L. 18.500 con quattro aumenti quadriennali del decimo dello stipendio base; indennità di servizio attivo L. 3100 il tutto al netto del 12 %. I concorrenti non debbono aver oltrepassato il 45° anno di età. Nessun limite di età è richiesto per coloro che occupano o hanno occupato durante l'ultimo quinquennio un posto di titolare con regolare nomina, presso un altro Consorzio provinciale antitubercolare o presso servizi antitubercolari di istituzioni statali o parastatali. Per gli ex-combattenti saranno applicati i privilegi di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo (in originale o in copia notarile) conseguito da almeno due anni alla data di apertura del concorso. Scadenza 20 gennaio 1933-XI. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

Brescia. *Opere Pie Raggruppate « Ospedale dei bambini Umberto I ed Istituti Rachitici ».* — Scad. 30 nov.; un assistente chirurgo, un assistente medico ed un radiologo. Rivolgersi all'Amministrazione.

Casirate d'Adda (*Bergamo*). — Scad. 31 dic., ore 18; con Arzago d'Adda; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp., c.-v., quote capitarie pei poveri; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 3 ott. Chiedere annunzio.

Chiari (*Brescia*). — Scad. 1° feb.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp.; addizion. L. 3 sul supero 20 % della popolaz.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 1° nov.; tassa L. 50.

Colorina (*Sondrio*). — Per titoli. Condotta consorziale per Colorina, Fusine e Cedrasco. Scadenza 16 dicembre 1932. (Vedi prec. n. 47).

Fonni (*Nuoro*). — Scad. 5 feb.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; assegni uff. san. e carcere mandam.; età lim. 40 a.

Forlì. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario per Riccione. Stipendio annuo lordo di R. M. L. 7200, più dieci aumenti biennali del ventesimo. Indennità caro-viveri. Scadenza 30 dicembre 1932

Gavorrano (*Grosseto*). — Scad. 22 dic.; per Giuncarico; L. 9700 riducibili 12 %, c.-v., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; assunz. entro 15 gg.

Grignasco (*Novara*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 automobile, L. 150 ambulat.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Mezzojuso (*Palermo*). — Scad. 31 gen.; per Fitalia; rivolgersi segret. com.

Nuoro. *Ospedale di S. Francesco.* — Scad. 20 dic.; medico assistente; L. 9600 e indennità; alloggio; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Preferenza a specializzati per malattie celtiche e in radiologia.

Palazzuolo di Romagna (*Firenze*). — Scad. 31 dic.; condotta di Levante; L. 9000 e 8 trienni dec., oltre L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Prasomaso (*Sondrio*). — Vice direttore Sanatori Popolari di Prasomaso. Per titoli ed esame, consistente in una prova clinica con interpretazione di radiografie e in autopsia con epicrisi; scadenza 10 dicembre 1932; età non superiore ai 38 anni; documenti di rito; stipendio L. 11.200 (con cinque aumenti biennali del decimo), più indennità di carica di annue L. 4000 al lordo delle ritenute di legge oltre riduzione del 12 %; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione: via De Amicis 45-A, Milano.

Reano Villarbasse. — (Vedi Torino).

Riccione (*Forlì*). — (Vedi Forlì).

Rieti. *R. Prefettura.* — Scad. 31 dic., ore 12; uff. san.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 21 ott.; titoli ed esami. Chiedere annunzio.

Rodegno-Saiano (*Brescia*). — Scad. 28 dic.; lire 9000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san.; diminuzione 12 %; c.-v.

Rotella (*Ascoli Pic.*). — Scad. 60 giorni dal 22 ott.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi; tassa L. 50 nette. Chiedere annunzio.

Spotorno (*Savona*). — Scad. 15 gen.; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., L. 600 bicicletta a motore; 10 bienni ventesimo.

Termini Imerese (*Palermo*). — Scad. 12 febb.; due sanitari negli Stabilimenti Termali Municipali

Torino. *Consorzio Medico Villarbasse-Reano.* — Scad. 15 dic.; L. 7040 oltre L. 400 trasp., L. 400 uff. san., L. 220 alloggio.

Torrice (*Frosinone*). — Scad. 26 dic.; 2ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; addizionali L. 4 e L. 5 oltre 2000 e 3000 pov.; età lim. 35 a.

Venezia. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 26 nov., ore 17,30; medico direttore; L. 17.800 aumentabili oltre L. 5500 serv. att., L. 2500 indenn. carica; riduzioni di legge; alloggio; tassa L. 50; sei anni di servizio ospedaliero; studi speciali di igiene. Chiedere annunzio.

Villarbasse-Reano. — (Vedi Torino).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Concorso « Fism ».

La S. A. Fism indice un concorso tra i medici pratici sul tema: « Lo zolfo soluto quale veicolo di altre sostanze medicamentose ». I premi assegnati sono: 1° premio di L. 2500; 2° di L. 1500; 3° di L. 1000; 4° di L. 500. Commissari: prof. Silvestro Baglioni, direttore dell'Istituto di Fisiologia umana a Roma; prof. Domenico Campanacci, aiuto e docente di Clinica medica a Parma; e dott. Luigi Maranelli, segretario, Milano (v. Giovasso 4) cui occorre rivolgersi per chiarimenti. Scad. 31 dicembre 1933.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati emeriti i proff. Arnaldo Angelucci e Nicola Pane, rispettivamente di clinica oculistica e di batteriologia presso la R. Università di Napoli.

Al concorso per professore d'igiene nella R. Università di Modena sono stati designati: 1) G. Brotzu; 2) G. Sangiorgi; 3) E. Ronzani.

Il prof. Gino Bettazzi, dell'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino, è nominato, in esito a concorso, chirurgo primario dell'Ospedale di Voghera.

Il dott. Edmondo Venezian ha in questi giorni conseguito brillantemente la libera docenza in ortopedia e traumatologia. Al nostro valoroso collaboratore vive congratulazioni.

Il dott. Federigo Pellegrini di Livorno è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Giovanni Amalfi da Lagonegro, libero esercente in Terracina ed ispettore sanitario della Croce Rossa Italiana per le Scuole della Palude Pontina, è stato con recente decreto nominato cavaliere della Corona d'Italia su proposta di S. E. il Capo del Governo. Auguri.

Il Consiglio direttivo dell'Accademia Nazionale di Medicina del Messico per l'anno accademico 1932-33 è stato così costituito: Tomás G. Perrín presidente, Ignazio Chávez vice-presidente, Alfonso Pruneda segretario perpetuo, Mario A. Torroella segretario annuale.

Nella Scuola Medica della Università del Texas il prof. Wendell Gingrich, dottore in scienze naturali, è nominato titolare di batteriologia e medicina preventiva.

Il prof. Alfred Fleisch, ordinario di fisiologia a Dorpat, è chiamato quale ordinario di fisiologia a Losanna.

Alla cattedra di clinica pediatrica di Greifswald, divenuta vacante per il ritiro del prof. R. Degkwitz, è stato chiamato, da Monaco, il libero docente dott. Bernhard de Rudder.

Il prof. Hans Böker, di anatomia a Friburgo i. Br., è stato chiamato ad occupare la stessa cattedra nell'Università di Jena.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bologna.

3° Congresso della Società Oto-Neuro-Oftalmologica.

Come abbiamo annunziato, questo Congresso si è svolto, unitamente al 1° Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica, in Bologna durante i giorni 11-13 ottobre. Ci limitiamo a darne, qui, alcuni cenni di cronaca.

La seduta inaugurale ebbe luogo nell'Aula della R. Clinica Neurologica, alla presenza delle maggiori autorità cittadine e con l'intervento di numerosissimi congressisti italiani e stranieri.

Segnaliamo tra i presenti: il sen. prof. Viola, l'on. prof. Paolucci, il prof. Di Marzio, vice presidente della Società Oto-Neuro-Oftalmologica, il prof. Ovio, presidente della Società Italiana di Oftalmologia, il prof. Bilancioni, presidente della Società Italiana di Otorinolaringologia, il prof. Bertolotti per la Società Italiana di Radiologia, i professori Barré di Strasburgo, Franceschetti di Basilea, Laskiewicz di Poznan (Polonia), Sargnon di Lione, Weill di Strasburgo, ecc., ecc.

Dopo brevi discorsi del vice Podestà, del prof. Martinotti a nome del Rettore e del prof. Viola, il prof. Ceni lesse il discorso inaugurale.

Nel pomeriggio venne offerto dal Podestà un signorile ricevimento nelle magnifiche sale del Palazzo D'Accursio. La sera all'Hôtel Brun il Comitato Ordinatore offrì un sontuoso pranzo.

Nella giornata del 12 ottobre i Congressisti si recarono a rendere un tributo d'omaggio ai Caduti Fascisti e visitarono il Littoriale soffermandosi in particolar modo nell'Istituto Medico annesso al magnifico Stadio.

Vennero inviati i telegrammi alle LL. EE. Benito Mussolini, on. Ercole, on. Arpinati.

Il 13 ottobre i Congressisti si recarono a Ferrara, ove durante la mattinata, nella sala della Biblioteca dell'Ospedale Psichiatrico, si svolse la 4ª seduta del Congresso.

I congressisti vennero ricevuti con squisito senso di ospitalità dal prof. Boschi, direttore dell'Ospedale, e dai dott. Montemezzo, Campailla e Barison. Prima dell'inizio dei lavori scientifici l'Amministrazione provinciale offrì un ricco rinfresco, servito nelle artistiche sale della Direzione dell'Ospedale.

All' inizio della seduta il Podestà gr. uff. Ravenna, porse il saluto di Ferrara auspicando alla riuscita dei lavori. Venne inviato un telegramma a S. E. Balbo.

Nella magnifica sala dei giuochi del Castello Estense, venne offerta dalla Società una colazione.

Nel pomeriggio, organizzato dal Comitato ordinatore, i partecipanti compirono un giro artistico nella città, ricca di tanto insigni opere d'arte. Chiuse la giornata un ricevimento offerto dal Podestà nei locali del Circolo Unione, con concerto della celebre Orchestra a plettro. A. S.

Da Modena.

IX Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Come abbiamo annunziato, dal 5 all'8 ottobre u. s. ha avuto luogo, a Modena, l'atteso Congresso della Società Italiana di Neurologia, organizzato, in modo veramente inappuntabile, dal prof. A. Donaggio, direttore della Clinica Neuropsichiatrica e preside della Facoltà Medica di Modena.

La seduta inaugurale ha avuto luogo nel palazzo comunale con l'intervento del rappresentante del Governo Nazionale nella persona di S. E. l'on.

E. Solmi, sottosegretario alla Educazione Nazionale, di tutte le autorità civili e militari locali e di un grandissimo numero di congressisti, vecchi e nuovi membri della fiorente società neurologica italiana. Erano presenti, fra gli altri, i direttori delle Cliniche Neurologiche, proff. Besta, Buscaino, Colella, Donaggio, Fragnito, Lugaro, Pellizzi, Rossi, Riquier, Ayala, Coppola, De Lisi, Medea e Rizzo; i direttori degli Ospedali psichiatrici proff. G. Agostini, Bertolani, Boschi, Modena, Puca, Rizzatti, Sai, Santangelo, Sciuti, ecc.

L'importanza di questa riunione scientifica si poteva prevedere dal programma pervenuto agli aderenti nel quale figuravano, oltre una relazione, ben 150 comunicazioni circa. La piena riuscita del Congresso apparve subito superiore all'attesa e fu confermata durante i quattro giorni nei quali si svolsero i lavori.

All'inaugurazione, dopo il discorso del podestà, del rettore della Università di Modena, del prof. FRAGNITO, presidente in carica della Società di Neurologia, si levò a parlare il prof. DONAGGIO, presidente del Congresso, e dopo aver ringraziato S. E. Solmi, rappresentante del Governo, le Autorità e gli intervenuti, rievocò con parola alata gli spiriti magni, da G. Falloppio a Bernardino Ramazzini, da Corti ad Antonio Scarpa anatomico e neurologo — del quale fece commemorazione, ricorrendo il primo centenario della morte —, da L. Spallanzani a Francesco Selini, da Tamburini al Vassale, al Morselli, che onorarono e hanno reso illustre la università e la città di Modena. Rilevò poi lo spettacolo magnifico di fervore offerto dai neurologi italiani, i lavori e le indagini dei quali si impongono all'ammirazione del mondo scientifico.

S. E. l'on. SOLMI pronunciò un importante e felicissimo discorso, rilevando le benemerenze della neurologia italiana, e constatando la connessione del suo nuovo e vigoroso sviluppo con la rinnovata intensità della vita nazionale; e nel riconfermare l'interesse preso dal Governo al Congresso, attestato dall'aver esser voluto rappresentato ufficialmente, ha, fra i vivissimi applausi dell'Assemblea, dichiarato aperto il Congresso.

* * *

La prima seduta, che seguì quella inaugurale, fu dedicata alla relazione sui *Concetti attuali di fisiopatologia del sistema extrapiramidale* svolta dal prof. DE LISI, che prospettò la questione dibattuta di complesso argomento nel modo più chiaro e conciso possibile. Seguirono le comunicazioni dello stesso argomento e la discussione, che la tirannia dello spazio impedisce di riassumere; ci è grato però ricordare che risultò sempre meglio confermata la importanza, da tanto tempo sostenuta dal Donaggio, delle lesioni corticali, specie di quelle dei giri frontali, nella patogenesi delle sindromi cosidette striate.

Nel secondo giorno i congressisti, dopo la seduta del mattino, si recarono con la ferrovia elettrica Modena-Vignola, che appunto in quell'occasione veniva inaugurata da S. E. Solmi, a visitare l'antico Castello di Vignola recentemente restaurato dal Governo Nazionale e furono trattenuti a colazione dalla signorile cortesia del prof. Donaggio. La seduta del pomeriggio ebbe luogo in uno dei saloni del palazzo Boncompagni.

Delle comunicazioni svolte in quella e nelle altre sedute del Congresso non possiamo che fare un breve cenno. Basterà dire che tutti i problemi nuovi e complessi della moderna neurologia furono trattati con competenza e novità di vedute. Così portarono importantissimi contributi alla *conoscenza della patologia del sistema extrapiramidale,* GOZZANO, PINTUS, AGOSTINI, CRISTINI, DELFINI. Il prof. FRAGNITO parlò della aprassia ideomotoria e di altri problemi anatomo-clinici si occuparono BERLUCCHI, POPPI, ROSTAND, TRONCONE, NÜGEL, ecc.

Delle comunicazioni sulla istologia del sistema nervoso ricorderemo quella del prof. LUGARO *sulle fibre mieliniche ed amieliniche delle radici posteriori,* quelle del prof. O. ROSSI *sulle vie di senso* e quelle di LAMBERTINI, TARABINI, DELFINI e del PILATI, riguardanti ricerche sul reticolo endocellulare del Donaggio eseguite coi metodi ormai classici di questo autore. Particolare interesse destò la comunicazione dello stesso prof. DONAGGIO sopra una *reazione dell'urina* da lui scoperta e più precisamente sul « fenomeno di ostacolo » da parte delle urine e del liquor alla precipitazione di sostanze coloranti (tionina) con i rispettivi mordenti, prodotto o aumentato da condizioni patologiche o sperimentali diverse. Da segnalare anche le comunicazioni dei prof. AYALA, BALDI, DONNINI, MEDEA, DALMA, PUCA, SALMON, SANTANGELO, C. RIZZO, SARNO, TROSSARELLI, VIZIOLI. Della cura della neurolues si occuparono RIQUIER, CRISTOFORO RIZZO, AMODEO, BENVENUTI, BOLSI, PASQUALINI, RUGGERI, SCIUTI, TANCREDI-CORTESI, ecc. I proff. AYALA e SAI illustrarono *metodi personali di radiodiagnostica neurologica.* Di argomenti di psicopatologia e psichiatria si occuparono la A. BERTOLANI, F. BALDI, A. MAZZA, ecc.

Dall'insieme delle cennate comunicazioni e dalle molte altre non ricordate, ma non di minore interesse, emerse evidente tutto l'alto valore della operosità scientifica dei maestri e della schiera dei giovani neurologi italiani, degni continuatori dei grandi maestri scomparsi, Golgi, Lombroso, Mingazzini, Bianchi, Negro, Morselli, ecc.

Sono stati eletti presidente onorario della Società Italiana di Neurologia il prof. E. Tanzi e presidente effettivo il prof. A. Donaggio.

Il prossimo Congresso della Società avrà luogo a Roma. G. AYALA.

NOTIZIE DIVERSE.

Inaugurazioni di anni accademici.

Le Università e altri Istituti superiori di studio hanno inaugurato negli scorsi giorni il nuovo anno accademico.

La cerimonia ha dovunque assunto una grande solennità, indice della valorizzazione e del prestigio che l'attuale Regime intende conferire agli studi.

All'inaugurazione dell'Ateneo romano intervennero i Presidenti del Senato e della Camera, Federzoni e Giuriati, i ministri Arcoleo, Ercole e De Francisci, i sotto-segretari Solmi e Lessona e molte altre altissime autorità dello Stato. Il Rettore, on. Rocco, nella sua ampia relazione, documentò il poderoso sviluppo determinatosi nell'Ateneo dopo l'avvento del Fascismo: esso trova espressione nel numero degli studenti, il quale ormai supera quello di tutte le altre Università italiane. Mandò un saluto al Capo del Governo ed al Re.

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il C. N. R. ha tenuto il 19 novembre una riunione plenaria in Roma, al Palazzo Venezia; essa venne onorata dalla presenza del Capo del Governo, che aprì la seduta dichiarando di aver sempre seguito con simpatica attenzione l'attività del Consiglio; informò che è stato approvato uno stanziamento per costruire la sede del Consiglio stesso; ha assicurato di considerare l'attività del Consiglio delle ricerche come essenziale per il Paese, sia dal punto di vista scientifico e tecnico, come da quello spirituale e morale.

Il Capo del Governo ha quindi dato la parola al senatore Marconi, che in un ampio e circostanziato discorso ha esposto la multiforme ed efficace attività svolta dal Consiglio.

Per quanto riguarda la medicina, le ricerche sono state rivolte sovratutto ad argomenti di largo interesse igienico.

Il sen. Marconi si è fermato sui vari argomenti trattati; tali il compito delle amebe quale *habitat* per la maturazione del virus eberthiano, l'epidemiologia della tifoide, la pneumoconiosi dei solfatai, la biologia e la diffusione dell'anchilostoma, l'azione dei raggi ultravioletti sull'organismo umano, il problema del reumatismo, l'ultravirus tubercolare, gli elementi ultramicroscipici del virus malarico, lo studio delle cellule neoplastiche, il ricambio minerale nelle infezioni, il valore nutritivo dei latticini freschi, del latte conservato e dei cereali africani, lo spopolamento delle montagne, ecc.

Anche molti problemi di biologia pura, di cui si è affrontato lo studio, interessano largamente la medicina.

Nell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Il R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, avv. Sileno Fabbri, proseguendo nell'azione di riordinamento dei vari servizi dell'Opera, ha emanato nuove disposizioni alle dipendenti Federazioni provinciali perchè l'applicazione delle norme impartite nel maggio scorso sia attuata nel modo più sollecito e confacente alle necessità dell'assistenza materna e infantile. Ha precisato quelli che devono essere i criteri cui deve informarsi ogni Federazione per la creazione dei « Centri di Assistenza Materna ed Infantile »; ed ha dato disposizioni perchè vengano istituiti consultori pediatrici ed ostetrici nei comuni rurali, salvo raggruppamenti di comuni laddove sarà possibile. A tale scopo i delegati federali dovranno subito prendere diretto contatto con i podestà e con i medici dei comuni.

I delegati delle Federazioni devono inoltre prendere sollecitamente iniziative opportune, sia per promuovere la creazione di Asili-nido per bambini lattanti e divezzi, massime laddove esistano stabilimenti, interessando gli industriali; sia per promuovere la creazione di Asili d'infanzia con refettori per bambini di età prescolastica; sia, infine, per istituire refettori materni per gestanti e nutrici.

Il R. Commissario ha altresì diramato precise istruzioni perchè i delegati provinciali dell'Opera costituiscano entro l'anno il Comitato di coordinamento previsto dalle precedenti disposizioni, facendo appello alle energie spontanee nel campo medico e giuridico.

La Croce Rossa Italiana per il Decennale.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana, riunito per la prima volta dopo la sua riconferma, ha trasmesso in occasione del Decennale a S. E. il Capo del Governo il seguente indirizzo:

« Duce! L'opera vostra romanamente grande, irradiandosi vivificatrice, ha improntato del suo travaglio costruttivo tutte le compagini della Nazione. A voi quindi, animatore ed artefice di ogni vittoria, risale anche il merito di una Croce Rossa Fascista, fatta di volontà e di azione, costantemente protesa al servizio dell'Italia rinnovata. Ed a voi si eleva vibrante, entusiastico e commosso di devozione, il sentimento di riconoscenza di tutto il Consiglio direttivo dell'Associazione riunito per la prima volta dopo la sua riconferma in questo epico momento del Decennale che segna un attimo della vita dei popoli, ma un secolo di vittoria della nostra Nazione ».

28° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.

Dal 18 al 20 novembre si è svolto a Roma il Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, al quale hanno partecipato circa 300 congressisti; tra essi erano alcuni tra i più reputati specialisti stranieri.

L'inaugurazione ebbe luogo, con grande solennità, al Campidoglio, nella sala Giulio Cesare, in presenza di altissime autorità politiche, civili e militari. Il Governatore di Roma, principe Boncompagni Ludovisi, dette il benvenuto; il prof. Bilancioni, presidente del Comitato ordinatore, tenne il discorso inaugurale; il prof. Von Eicken, di Berlino recò il saluto degli scienziati stranieri; il ministro Ercole, recò l'adesione del Governo e dichiarò aperto il congresso.

I lavori si sono tenuti nella Clinica diretta dal Bilancioni. Ne daremo ulteriori notizie.

I congressisti si sono riuniti in un banchetto cui seguì un trattenimento musicale organizzato dalla Sezione Romana dell'Associazione Medici Musicisti Italiani.

31° Congresso italiano ostetrico-ginecologico.

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia terrà il futuro congresso a Bari, dal 21 al 23 aprile. La presidenza della Società, formata dai proff. Pestalozza, Alfieri e Clivio, ha affidato la presidenza del Comitato organizzatore al prof. Paolo Gaifami, direttore della R. Clinica ostetrico-ginecologica di Bari.

2° Congresso nazionale di scienze delle assicurazioni.

Si è svolto a Trieste dal 5 al 9 novembre, per iniziativa degli Istituti di Assicurazione parastatali, della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici e dell'Istituto Italiano Attuari, sotto la presidenza del cav. di gr. cr. Edgardo Morpurgo; ha trattato vari argomenti, alcuni dei quali interessano la medicina assicurativa.

Il Congresso mondiale di pediatria.

Una nuova prova del vivo interessamento che negli ambienti scientifici stranieri hanno suscitato le provvidenze assistenziali del Regime in favore della maternità e dell'infanzia, nonchè della considerazione in cui sono tenuti all'estero i nostri insegnanti universitari, si ha nel fatto che la Commissione ordinatrice inglese del quarto congresso internazionale di pediatria, il quale si terrà a Londra nel luglio 1933, ha invitato per lo svolgimento dei due temi generali, su sei relatori ufficiali scelti tra i maggiori pediatri del mondo, anche l'illustre prof. Allaria, della R. Università di Torino e presidente della Società italiana di pediatria.

Commissione internazionale sulla malaria.

Dal 12 al 14 ottobre, sotto la presidenza di S. E. Alberto Lutrario, si è riunita a Ginevra, in sessione straordinaria la Commissione internazionale sulla malaria, costituita in seno al Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni. Furono comunicate le relazioni del prof. Ciuca e del dott. Anigstein sulla malaria in Cina e nel Siam. Furono presi in esame i risultati di un'inchiesta mondiale sui bisogni di chinina. La Commissione si è occupata dei risultati ottenuti dall'impiego di alcuni rimedi nuovi: chinostovarsolo, plasmochina, alcaloidi totali massime sotto forma di totachina. Ha proposto — e il Comitato d'igiene ha approvato — di indire un'adunanza nel primo trimestre del 1933, con lo scopo precipuo di esaminare il problema della cura della malaria.

In merito all'istituzione di una Scuola di medicina missionaria a Roma.

Riceviamo e siamo onorati di pubblicare:

Ill.mo Signor Direttore,

In merito alla notizia riportata dal « Policlinico » del 7 corr. relativa alla fondazione in Roma di una Facoltà medica da parte della Università Cattolica, mi permetto pregarla di voler pubblicare nella di Lei pregiata rivista quanto segue:

« L'Università Cattolica del Sacro Cuore, essendo eretta a norma delle vigenti disposizioni legislative come Università libera, è pur essa sottoposta al divieto posto alla fondazione di nuove Facoltà; perciò è destituita di fondamento la notizia, diffusa da alcuni giornali, della fondazione di una Facoltà medica da parte dell'Università Cattolica.

Pure la notizia che nel prossimo anno accademico 1933-34 si fonderà in Roma una scuola di medicina missionaria, per iniziativa dell'Università Cattolica, è infondata, o almeno di molto prematura.

Con ossequio e ringraziamenti.

Il Rettore

fr. AGOSTINO GEMELLI, O.F.M.

Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

Nell'anno scolastico 1932-33 la Scuola, di cui è presidente il prof. Carducci, terrà i consueti corsi, ripartiti in due gruppi: 1) corsi semestrali, con frequenza di un trimestre a partire dal 1° e dal 15 di ogni mese, ma non oltre il 1° marzo 1933; 2) corsi di durata e frequenza determinate, in cui l'iscrizione non può aver luogo oltre l'inizio delle lezioni. Si terranno anche un corso speciale per medici condotti, dal 20 aprile al 5 giugno 1933, ed un corso speciale di preparazione agli esami di Stato, dal 1° agosto al 31 ottobre 1933. Le tasse sono modestissime. Per informazioni rivolgersi alla segreteria, Policlinico Umberto I, Roma (27).

Corsi di specializzazione e complementari.

Ricordiamo che col nuovo anno scolastico si riaprono nelle Università i corsi per conseguire i titoli di specialista.

Gl'interessati si rivolgano ai direttori delle scuole di perfezionamento.

Tra i corsi speciali segnaliamo quello sulle malattie dell'apparecchio digerente e del ricambio, a Bari, e quelli di odontologia e protesi dentaria in varie università.

* * *

Un corso complementare d'igiene pratica avrà luogo presso la R. Università di Siena, a partire dal 2 gennaio e per la durata di 3 mesi; è destinato agli aspiranti ufficiali sanitari.

Il nuovo Policlinico S. Matteo a Pavia.

Il Policlinico S. Matteo, che con il nome ha ereditato dall'antico Ospedale Maggiore di Pavia le sue tradizioni universitarie e le sue glorie scientifiche secolari, sorge come un villaggio di grandi casegiati su di un altipiano.

L'inizio della costruzione, invocata ed auspicata da decenni pel necessario sviluppo e la salvezza stessa dell'Università millenaria ticinese, voluta tenacemente dall'assertore del risorgimento universitario pavese, il sen. Golgi, risale al 1914, in base al riordinamento edilizio della Università di Pavia, stabilito in una convenzione approvata con legge del 1907.

I lavori dovettero essere sospesi nel 1916 per l'aumento generale dei prezzi e quindi l'insufficienza dei fondi stanziati: solo quattro padiglioni del progetto originario erano costruiti in rustico e tre altri appena iniziati.

La ripresa avvenne nel 1927, mercè lo stanziamento di 12 milioni da parte del Governo fascista e la raccolta di altri 6 milioni di fondi fra gli enti locali. L'antico progetto venne abbandonato, uniformandosi a criteri più rispondenti alle moderne esigenze cliniche. Gli edifici appena cominciati sul primitivo progetto furono demoliti, quelli lasciati in rustico modificati ed ampliati, sistemando in quello della Clinica Medica (146 letti), anche l'Istituto di Patologia Medica (50 letti) e la Clinica Otorinolangoiatrica (21 letti); nel grandissimo padiglione gemello della Clinica Chirurgica (153 letti), l'Istituto di Patologia Chirurgica (48 letti), il reparto settici di Chirurgia (51 letti) e l'Istituto di Odontoiatria; nell'edificio già destinato a servizi di Chirurgia fu allogata la Clinica Pediatrica (24 letti) col Brefotrofio provinciale (30 letti); infine nel palazzo d'ingresso si collocò, in un'ala, l'Istituto di

Radiologia (8 letti) oltre ai servizi di pronto soccorso, di accettazione, ed agli uffici di amministrazione ed economato. Gli edifici costrutti *ex novo*, a padiglione, comprendono la Clinica Oculistica (57 letti), la Clinica Ostetrico-Ginecologica (123 letti) e la Clinica Dermosifilopatica (101 letti); oltre ai padiglioni dei vari servizi e per alloggi. In totale sono undici padiglioni, in un'area cintata di metri quadrati 120.000 di cui mq. 17.200 coperti; la cubatura complessiva è di mc. 169.000 (mc. 139.000 le cliniche e mc. 30.000 i servizi). Il terreno libero tra gli edifici è sistemato ad aiuole alberate; nell'angolo nord-ovest è stata lasciata un'area di mq. 30.000 per futuri sviluppi edilizi. Una rete di gallerie sotterranee, illuminate da lucernari in vetrocemento, collega tutti i padiglioni. All'interno questi sono sistemati con decoro e presentano per i degenti un conforto gradevole; abbandonato il concetto delle grandi camerate, le infermerie ospitano pochi letti ognuna; numerose sono le stanze isolate, con acqua corrente calda e fredda, per un totale di 108 degenti. Inutile dire del carattere modernissimo nei riguardi igienici.

Attigui alla cinta del nuovo ospedale, separati solo da un viale, sorgono i due fabbricati degli Istituti di anatomia umana normale e patologica, costruiti (e testè ultimato il secondo) a totali spese dello Stato. L'importo di essi è stato di 4 milioni. Con questa nuova costruzione si vengono a rendere liberi degli edifici che saranno usufruiti per un più comodo assetto di altri istituti universitari.

Per le colonie climatiche fluviali.

A Milano, nell'aula Mangiagalli degli Istituti Clinici, si è tenuto un convegno promosso dal sen. U. Gabbi e dal gr. uff. P. Piccinini, per discutere il tema « Colonie climatiche fluviali ». Vi convennero prevalentemente medici e igienisti. Sotto la presidenza del sen. Gabbi, venne trattato tutto quanto si riferisce alle colonie fluviali, che in questo anno furono funzionanti in numero di 179. Una proiezione cinematografica chiuse, fra gli applausi, la seduta, pervasa dal più fervido entusiasmo per quanto il Governo Nazionale ha saputo attuare a favore dei figli del popolo.

Sanatorio d'alta montagna per bambini in Francia.

È stato inaugurato a Roc-Des-Fiz, nell'Alta Savoia, un istituto sanatoriale d'alta montagna per bambini d'ambo i sessi; è il primo del genere. Alla cerimonia intervenne il ministro della sanità pubblica, J. Godart.

Sanatorio galleggiante.

È stato istituito in Russia, sul fiume Dnieper, e pare che sia unico nel suo genere; è attrezzato secondo le più moderne esigenze della tecnica e dell'igiene.

Per la sicurezza e l'igiene del lavoro.

Il 12 novembre fu inaugurata a Milano (via Marina 5), dall'Ente Nazionale di propaganda per la prevenzione degli infortuni, un'Esposizione permanente per la sicurezza e l'igiene del lavoro, allo scopo di diffondere, nell'industria, i metodi per la tutela del lavoratore contro gl'infortuni e di promuovere buone condizioni di lavoro.

Quel che la medicina deve all'Italia.

Il prof. Léon Bernard, della Facoltà di medicina di Parigi, ha tenuto su questo tema, il 17 corr., nei locali dell'Istituto Oceanografico di Parigi, una conferenza sotto gli auspici dell'« Union Médicale Latine »; erano presenti molte spiccate personalità, tra cui il nostro ambasciatore, conte Pignatti di Morano.

Il Bernard ha rilevato che l'Antichità Romana ci ha tramandato Celso e Galeno, ma il genio dei romani si è sovratutto manifestato nel campo dell'igiene pubblica, con gli acquedotti, le terme, le canalizzazioni urbane. Durante il Medio Evo la Scuola di Salerno formò un ponte con il Rinascimento. Le scienze mediche risorgono in Italia: da Mondino all'immortale Morgagni fu un succedersi di uomini geniali; la fama delle scuole italiane era tale, che da ogni parte vi accorrevano studiosi; ivi si educarono Harvey ed altri sommi.

Lo studio delle malattie infettive e delle pestilenze, con Fracastoro, la clinica medica, con Baglivi, la chirurgia, con Fabrizio d'Aquapendente e Scarpa, la medicina del lavoro, fondata da Ramazzini, mettono l'Italia al primo piano delle scoperte mediche. Nel secolo 19° l'Italia non si mostra indegna dei suoi precedenti; l'oratore si fermò in specie su Forlanini, Golgi e Grassi.

La conferenza venne illustrata con proiezioni.

L'oratore concluse che tutta l'opera medica italiana è degna di stare al pari degli altri innumeri e magnifici frutti del genio italiano.

In onore del prof. Lustig.

Col 1° novembre, colpito dalle inderogabili disposizioni sui limiti di età, il sen. prof. Alessandro Lustig, direttore dell'Istituto di patologia generale dell'Università di Firenze, è stato collocato a riposo. Così egli ha dovuto lasciare, dopo 42 anni, la cattedra e quell'Istituto di Careggi che, sorto per il suo volere e da lui inaugurato nel 1923, era divenuto un centro di studi e un modello di organizzazione.

Il sen. Lustig ha compiuto 75 anni essendo nato a Trieste il 5 maggio 1857.

Il suo allontanamento è stato dolorosamente sentito dalla Facoltà medica fiorentina, la quale, nella sua adunanza del 7 novembre, votava per acclamazione un ordine del giorno col quale è stato proposto al ministro dell'Educazione Nazionale che al sen. Lustig venga conferito il titolo di « professore emerito » della Facoltà, mentre contemporaneamente dava incarico a una Commissione di esprimere all'insigne maestro i sensi della devozione e della gratitudine di tutti i colleghi.

In memoria di Angelo Celli.

Il Comitato delle « Scuole per i contadini dell'Agro Romano e delle Paludi Pontine » ha voluto onorare la memoria del grande igienista, dedicando al suo nome, in Cagli (Marche), città che gli dette i natali, una scuola per i contadini. Alla cerimonia, svoltasi il 30 ottobre, intervennero scienziati, allievi, estimatori.

Parlarono il prof. D. De Blasi per gli allievi, il sen. P. Fedele quale presidente del Comitato delle Scuole per i contadini, il prof. R. Maggiora Vergano per la Direzione Generale della Sanità Pubblica e il Commissario del Comune, cav. Meschini; gli oratori espressero la loro fervida ammirazione per l'apostolo e per lo studioso.

In memoria del prof. Queirolo.

La Città di Pisa, auspice il Podestà on. Guido Guidi Buffarini, volle che la venerata salma del prof. G Battista Queirolo, senatore del Regno, clinico illustre, scienziato e scrittore, fosse sepolta nel tempio monumentale di S. Francesco, che è il Pantheon cittadino.

Prima che si chiuda il secondo anno dalla morte, un Comitato appositamente costituito intende provvedere alla migliore sistemazione e decorazione della cappella dove giacciono le spoglie del grande maestro, erigendovi un ricordo degno, e nello stesso tempo ultimando, in nome e a memoria di Lui, col concorso del Municipio e del Governo, i restauri del Tempio, riportato in gran parte al suo antico splendore.

Le offerte, che saranno tangibile segno della larga venerazione che il prof. Queirolo si conquistò da vivo, in luoghi vicini e lontani, colla sua illuminata e generosa attività di uomo politico, di studioso, di maestro e benefattore delle infermità umane, devono essere indirizzate al cassiere del Comitato: prof. Vincenzo Biagi, via S. Antonio 19, Pisa.

Il Comitato si terrà in dovere di dare a suo tempo relazione delle offerte e di quanto avrà potuto compiere.

Il commiato da Augusto Murri.

Innumerevoli manifestazioni di cordoglio sono giunte da ogni parte d'Italia e dall'Estero alla famiglia del grande Scomparso. Particolarmente significative alcune, come quella di S. E. Mussolini.

I funerali sono stati grandiosi e commoventi. Ampie notizie del luttuoso avvenimento ne sono state date in tutti i giornali italiani.

La salma è stata trasportata nella natia Fermo e tumulata nella tomba dei Murri.

Un Commissario straordinario alla Cassa di Assistenza dei medici condotti.

L'Amministrazione della Cassa Assistenza dei Medici Condotti, su richiesta del Segretario Nazionale del Sindacato Medico, on. Morelli, aveva deliberato di concorrere con un milione (prelevandolo dal fondo Cassa) all'istituzione di una « Casa di Riposo del Medico ». Il Sindacato per sua parte concorreva con un altro milione allo stesso scopo.

S. E. il Prefetto di Roma, non ravvisando la deliberazione uniforme alle norme statutarie, che regolano in modo diverso l'eventuale destinazione del patrimonio sociale, addivenne allo scioglimento del Consiglio di Amministrazione e delle gestioni annesse, nominando un Commissario Straordinario nella persona del comm. rag. Filippo Velli.

Medici stranieri che visitano le nostre Stazioni di cura.

Si deve alla iniziativa dell'Enit la visita che alcuni medici dei Dominî inglesi e appartenenti alla Nuova Zelanda, all'Australia e al Canadà, hanno fatto ad alcune fra le principali Stazioni termali nostre, come Salsomaggiore, Montecatini, Chianciano, Acqui e Fiuggi. Dal viaggio quei medici hanno riportato favorevole impressione, rimanendo assai soddisfatti non solo per l'ospitalità loro offerta, ma anche pei rilievi che hanno potuto fare, dai quali trassero la convinzione che sotto certi punti di vista le principali Stazioni termali italiane non temono il confronto con molte d'altri paesi.

Per la disciplina delle specialità medicinali.

Il Capo del Governo ha presentato al Consiglio dei Ministri un progetto di legge per la disciplina delle specialità medicinali; col duplice intento di provvedere ad una revisione generale (già iniziata) e di colpire la propaganda illecita fatta mediante la cointeressenza dei medici.

Crociere in Italia agevolate.

Il Ministero degli Esteri, in seguito a richiesta del Commissario per il nostro Turismo, ha disposto per notevoli agevolazioni da concedersi alle Crociere estere che tocchino i porti dell'Italia. Così è stata deliberata pei partecipanti a tali Crociere l'esenzione dall'obbligo dei passaporti. Probabilmente poi altre concessioni di viaggio saranno accordate, che faciliteranno queste Crociere, le quali giovano, sotto ogni aspetto, all'avvicinamento dei popoli.

Adunanza di odontotecnici.

Nel salone delle riunioni della Confederazione dell'Industria, in Roma, si sono radunati i fiduciari regionali e provinciali degli odontotecnici d'Italia per discutere questioni interessanti la loro categoria.

Un altro strascico del processo di Lubecca.

Appena si diffuse la notizia della catastrofe di Lubecca, un medico di Berlino, dott. Genther, si offrì di curare con un suo preparato i bambini infettati: d'accordo con le autorità mediche locali e con i genitori dei piccoli infermi, egli applicò i suoi metodi a 37 bambini. Di essi 32 si salvarono. Ora gli è stato intentato un processo dai genitori dei 5 bambini morti, sotto l'accusa che l'esito letale fu dovuto a inavvertenza nell'applicare la cura.

Opere di risanamento a Sciangai.

L'ufficio sanitario del Municipio di Sciangai ha concretato e presentato al sindaco Wu-ten Chen un programma per il risanamento del quartiere di Ciapei, rovinato dai recenti avvenimenti cino-giapponesi. L'attuazione del programma importa la spesa di due milioni e mezzo di dollari (ossia circa 50 milioni di lire it.), e cioè 1 milione di dollari per un macello, 500.000 per un ospedale a Kianuan, 200.000 per un ospedale d'isolamento nel distretto settentrionale, 70.000 per un forno crematorio e annesso cimitero, 480.000 per il servizio dei rifiuti, ecc.; il progetto contempla anche l'istituzione di un laboratorio pubblico, di un bazar sanitario, di uno stabilimento di bagni per i cittadini poveri e l'organizzazione di corsi di educazione sanitaria.

Rispetto dei principî.

Gli abitanti di un palazzo ben tenuto di una zona ricca di Parigi avevano denunziato al Prefetto di Polizia di essere molto disturbati dalle esalazioni fetide provenienti da una casa, abitata

da due vecchie, madre e figlia, l'una di 80 anni e l'altra di 60. Un'inchiesta condotta dalla Commissione d'igiene del quartiere accertò che la madre giaceva sopra un materasso putrefatto, saturo di escrementi, da cui esalava un puzzo nauseante. La proposta avanzata di procedere alla disinfezione del locale e d'internare la vecchia in un asilo d'alienati, venne energicamente respinta. Una perizia ordinata dal Prefetto trovò che la vecchia era perfettamente sana di mente e il Prefetto ha stabilito che non si può adottare alcuna misura, per rispetto ai principî della libertà individuale. Così il « Concours Méd. » (23 ott. 1932).

Si è spento il maestro della neurologia francese, J. BABINSKI.

Lavoratore instancabile, ha proiettato una vivida luce nel campo della neurologia ed ha aperto nuove vie; si può dire che egli ha rinnovato tutta la semiologia del sistema nervoso.

Generoso e buono, era molto amato dai malati, dagli allievi, dai colleghi.

Dopo la morte del fratello Enrico, ingegnere minerario, scrittore dilettante di gastronomia, al quale era legato da un affetto vivissimo, la sua salute e il suo stato d'animo erano rimasti profondamente scossi: soltanto la morte ha messo fine a tale stato di cose.

Discendeva da una famiglia polacca; ma era nato a Parigi, nel 1857. A. P.

Un altro grave lutto ha colpito la medicina francese e la scienza, con la perdita del prof. A. CHAUFFARD, clinico brillante, patologo profondo, i cui lavori divennero rapidamente classici e gli hanno assicurato larga fama.

Dominava tutti i rami della medicina; ma il suo nome rimarrà specialmente legato allo studio della patologia epatica e splenica. Ha contribuito, con i suoi allievi, alla nosologia della sindrome emolitica. Ha dato anche buone direttive terapeutiche: basti accennare all'utilità della restrizione dei grassi negli epatopazienti.

Modesto, accogliente, di una benevolenza proverbiale, la sua fine ha destato il più vivo rimpianto. A. P.

☛ DOVERI MORALI DEGLI ABBONATI:

1) *Diffondere il « Policlinico » tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare e procurando nuovi associati.*

2) *Provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.*

3) *L'importo d'abbonamento va inviato preferibilmente mediante Vaglia Postale o con Assegno Bancario. Può anche essere inviato versando la relativa somma all'Ufficio di Posta per il Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore Luigi Pozzi - Roma.*

4) *Coloro che preferiscono aspettare dall'Amministrazione la Tratta Postale, tengano presente che questa aumenterà di L. 5 l'importo dovuto, per le varie tasse postali e altre spese che la stessa comporta.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Neurol., mag. — F. S. VAN BOUWDYK BASTIAANSE. L'encefalomielite post-vaccinica.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 6. — Numero sul cancro del polmone.

Rif. Med., 25 giu. — L. D'AMATO. Singolare caso di anchilosi della colonna vertebr. — G. BECCHINI. Adenoma gastrico.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., giu. — K. M. WILSON e P. GARVEY. Polineurite gravidica. — J. M. FREIHEIT. Esame funzionale del fegato in gravid. — F. E. KEENE e R. A. KIMBROUGH. Risultati finali della radioterapia del carcinoma cervicale.

Tohoku Journ. Esper. Med., 20 mag. — A. SATO e S. YOSHIMATSU e al. Ormone disintossicante del fegato. — M. MURAKAMI. Siero antiplacentare.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., lug. — THONNARD-NEUMANN, A. K. DRENOWSKI. Trattam. della malaria con atebrina.

Brit. Med. Journ., 2 lug. — A. J. ORSENSTEIN. L'atebrina nella malaria grave.

Riv. Ital. di Stomat., mag. — L. PRETI. Infezioni focali del cavo orale e malattie interne.

Journ. d. Praticiens, 2 lug. — C. ACHARD. Le suppuraz. polmon. benigne.

Practitioner, lug. — I mali comuni.

Forze Sanit., 15 giu. — A. OMODEI-ZORINI. Ptosi dei visceri addomin. — A. LUISADA. Scompenso circolatorio.

Bull. Ac. de Méd., 21 giu. — M. VILLARET. Pressione venosa. — M. CHATON. Le case del cancro.

Pathologica, 15 giu. — V. DE ANTONI. Processi immunitari e narcosi. — L. MOLLO. Il sistema ret.-endot. in rapporto alla guarig. delle ferite.

Presse Méd., 26 giu. — M. LOEPER e al. Il boro nel morbo di Basedow.

Marseille-Méd., 25 mag. — Valore diagnost. e prognostico della tensione media nelle ipertensioni e nelle insufficienze cardiache.

Brasil-Med., 13 giu. — F. A. DE MOURA CAMPOS e J. RIBEIRO DO VALLE. Catatonia sperimentale.

Ann. d'Ig., giu. — F. G. MÜLLER. Tripaflavina-reazione delle *Brucella*. — F. PISTELLI. Filtraz. e ultrafiltraz. del *Micrococcus prodigiosus*.

Presse Méd., 2 lug. — P. MAURIAC. Regolaz. neuro-endocrina nella patologia del diabete.

Riv. It. di Ginec., giu. — F. SAVIGNONI. Ormoni gravidici. — L. BACIALLI. Emiplegia in travaglio di parto.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 30 giu. — E. DE SANCTIS MONALDI. Forme filtranti del bac. tbc. e B. C. G. — E. TARANTOLA. Sedi preferite delle aderenze pleuriche.

Chir. degli Org. di Movim., 2. — G. GIULIANI. Malattie scheletriche della crescenza. — F. BARTOLI. Ascesso cronico delle ossa.

Deut. Med. Woch., 1 lug. — FÜHNER. Azione stimolante dell'alcool. — SECKBACH. Sequele dell'encefalite.

Klin. Woch., 2 lug. — G. LÖHR. Diabete extra-insulare. — A. TENRÜGGEN e H. HEINLEIN. Ipoglicemia dopo irradiaz. del pancreas.

Münch. Med. Woch., 1 lug. — BUMKE. La costituzione psicopatica e sua importanza sociale. — ROMBERG. Sclerosi coronaria.

Journ. A. M. A., 18 giu. — P. WOLFF. Le tossicomanie. — C. P. BOAS e S. DONNER. Malattie delle coronarie nelle classi lavoratrici.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discuss. sulla colecistografia, sulla respirazione orale ecc. Casistica.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 1. — L. BÉRARD e A. DELGOFFE. Toracoplastica. — F. DUMAREST. Pleurotomia nelle pleuriti purulente tbc. — F. DE KOVATS. Broncoalveolite diffusa da Capsicum.

Prensa Méd. Arg., 10 giu. — M. R. CASTEX. L'asma bronch. — P. M. BARBARO. Distiroidismo. — V. DIMITRI. Lesioni bulbari della poliomielite cron.

Paris Méd., 2 lug. — Numero sulle malattie della nutriz.

Maladies du Foie ecc, mag.-giu. — R. DE GRAILLY. Come apprezzare un'insufficienza del fegato? — G. PARTURIER e RAULOT-LAPOINT. Radiologia ed epatologia

Presse Méd., 6 lug. — E. CHARROL. Gl'insegnamenti della colecistostomia negli itteri infettivi.

Rif. Med., 2 lug. — L. BENEDEK. Cura dell'encefalite epidemica. — F. BELLELLI. I danni dell'ozono. — G. LAMI. I fenomeni dell'allenamento.

Journal A. M. A., 25 giu. — J. R. PAUL e al. Poliomielite « abortiva ». — A. F. ABT e R. R. NAGEL. Profilassi dell'anemia nei prematuri.

Medicina (Madrid), lug. — M. IZQUERDO. Principi generali della dietetica antidiabetica. — J. A. PALANCA. Moderna profilassi della febbre tifoide.

Riv. di Cl. Ped., lug. — P. MOLTENI. Ipereosinofilia familiare. — L. MAGNI. Azione dell'ormone ipofisario di Zondek e Aschheim.

Paris Méd., 9 lug. — H. STÉVENIN. Forme fruste del m. di Basedow.

Journ. des Prat., 9 lug. — P. PETIT-DUTAILLIS. Terapia degli epiteliomi del collo uterino.

Minerva Med., 7 lug. — A. DI NATALE. Il bacillo di Koch negli ambienti sanatoriali.

Brit. Med. Journ., 9 lug. — W. FLETCHER. Lo scopo e i bisogni della ricerca medica.

Clin. Chirurg., mag. — F. ROSSI. La lesione del Monteggi. — CARRERY. Melanomi cutanei.

Arch. Intern. Med., giu. — W. GOLDRING e H. CHASIS. Terapia dell'ipertensione. — J. HEIMBECK. L'immunità alla tubercolosi. — A. T. BRICE. Triptofanuria. — S. S. LICHTMAN e L. GROS. Streptococchi nel sangue in affezioni reumatiche.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 5 Dicembre 1932 - XI Num. 49

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1933.

Ai Medici Italiani,

L'anno 1932 ha visto mantenute le promesse e le premesse. Le numerose lezioni cliniche pubblicate rappresentano la realizzazione del nostro programma di far giungere ai medici la parola dei Maestri e di prospettare loro nella forma più simpaticamente accetta i problemi di maggiore attualità.

La materia dei singoli contributi pubblicati è stata accuratamente selezionata, la limitazione della casistica clinica isolata ha riservato maggior spazio ai lavori di più largo orizzonte e a pratico riferimento; furono curati i vari capitoli accessori.

Intendiamo pertanto tendere a sempre maggior perfezionamento.

"**IL POLICLINICO**" *nella sua triplice edizione è l'unico grande giornale che con le sezioni Medica e Chirurgica interessa ad un tempo i cultori della medicina e chirurgia generale che dedicano vita e passione all'indagine scientifica per il progresso della clinica e che, a mezzo della sezione pratica, si rivolge contemporaneamente ai medici pratici.*

Ai medici tutti e in particolar modo a quelli che vivono alla periferia e nelle condotte va la nostra calda solidarietà di pensiero perchè essi rappresentano la valorizzazione delle fatiche di chi opera con fede nei maggiori centri di studio. Essi devono trovare nel nostro giornale quanto è moderno, sicuro, applicativo. Devono essere messi ad intimo contatto con tutte le fresche correnti di pensiero che siano volte all'azione e che abbiano come obbiettivo quei problemi di vita pratica che investono la nostra responsabilità e le nostre possibilità nella diuturna opera faticosa contro i morbi nelle loro cause, nelle loro insidie, nelle loro conseguenze.

Con questa visione pratica, desiderosi di essere e di vibrare pensiero contro pensiero con la classe medica italiana, cercheremo di avanzare, di elevarci, di migliorare, paghi se i nostri lettori individualmente e collettivamente ci daranno il conforto della loro opera e del loro consenso.

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. C. FRUGONI.

Azotemia e cloropenia [1]

per il dott. SERAFINO MANCA.

In questi ultimi anni le osservazioni inerenti al rapporto tra azotemia e cloruremia si sono notevolmente moltiplicati.

Sono stati, *ab initio*, i lavori di Blum e dei suoi allievi e in seguito quelli di altri AA. che hanno portato alla singolare constatazione che in parecchi casi di nefrite con aumento notevole della azotemia, questa era sostenuta da un tasso molto basso del cloruro di sodio del sangue e dei tessuti, con la somministrazione del quale l'azotemia ridiscendeva ai valori normali e i disturbi uremici dipendenti da essa si dileguavano.

(1) La casistica riferita nel presente lavoro fu studiata nell'anno scolastico 1930-31 (dirett. inc. prof. S. Silvestri).

Sicchè l'assioma relativo al fatto che ogni azotemia progressiva veniva, per lo più, considerata come esponente di nefrite grave azotemica venne lentamente scosso dal suo assolutismo e dei dubbi cominciarono ad affacciarsi sulla azione esclusiva dell'insufficienza renale nella genesi dell'azotemia.

Accanto all'azotemia d'origine renale è stata quindi isolata un'altra forma importante d'azotemia dovuta unicamente alla mancanza di sale.

Ed è merito di tali studi se si è potuto, in non rari casi, con un'energica cura clorosodica, salvare malati, che sembravano irrimediabilmente perduti, tanto elevata e costante era l'azotemia, che essi presentavano.

Il Moretti ha descritto un caso di sclerosi renale in cui si era improvvisamente manifestata un'iperazotemia dipendente da carenza di sale, la somministrazione del quale riportò in breve il tasso azotemico ai valori primitivi.

In seguito tale azotemia da cloropenia è stata pure osservata non solo in casi in cui esisteva contemporaneamente una lesione renale,

ma anche in casi in cui il rene era completamente normale, per cui oggi dobbiamo considerarla come una sìndrome che può essere dovuta a cause diverse. Possiamo cioè riscontrarla in vari stati morbosi, che hanno per caratteristica comune l'impoverimento dell'organismo in sale.

Quasi sempre tale impoverimento clorosodico si fa per le vie digestive. Sono i vomiti abbondanti e incoercibili e le diarree frequenti e profuse che sottraggono grandi quantità di sale all'organismo, il quale è incapace di rifare le sue riserve, essendo immediatamente il sale ingerito riemesso con il vomito o con la diarrea.

Che i vomiti siano imputabili della cloropenia e iperazotemia relativa in molte forme morbose ce lo hanno documentato con vari esperimenti diversi AA. americani: essi hanno infatti notato in seguito a stenosi pilorica o a occlusione duodenale alta frequenti abbondanti vomiti, accompagnati da un abbassamento della cloruremia e da un innalzamento dell'azotemia. Nei soggetti colpiti da occlusione intestinale vennero osservati gli stessi fenomeni.

Le osservazioni negli stati diarroici sono più scarse, ma non perciò meno eloquenti: è stata infatti descritta nel colera asiatico una azotemia accompagnata da un abbassamento dei clòruri sanguigni.

Chalvet ha descritto un caso di colera con un'azotemia di gr. 3,60.

Si osserva del resto nell'ultima fase di questa affezione dei cristalli d'urea sulla pelle dei malati, che dimostrano come l'organismo ne sia impregnato. Blum-Grabar et van Gaulaert hanno descritto un caso di diarrea profusa in cui l'azotemia raggiungeva gr. 2,48 ‰ e in cui la somministrazione di sale agì nella maniera più netta, facendo cadere l'azotemia in pochi giorni e migliorando lo stato generale. Un altro caso simile è stato pure descritto da Blum e da Weil. Le azotemie descritte nelle gastro enteriti (gastro enterite uremigena di Lesieur), nei tifosi (Ratherj), nei lattanti atresici (Nobecourt) nei diabetici gravi (Blum, Grabar, Van Caulaert) son riportabili alla stessa patogenesi.

***

Un argomento di così alta importanza clinica, che dovrebbe essere a conoscenza di tutti i cultori della medicina per l'enorme interesse pratico che riveste, poichè appunto ci dimostra come un regime declorurato possa in certe forme d'iperazotemia e uremia essere nettamente deleterio, ci ha spinto a portare in proposito anche il nostro modesto contributo.

Si tratta, come risulta dall'esposizione dettagliata di ognuno di essi, di tre casi, di cui uno di nefrite subcronica, il secondo di diabete grave e il terzo di stenosi pilorica, nei quali, in seguito a intensi vomiti o abbondanti scariche diarroiche, si determinò cloropenia e iperazotemia con gravi disturbi uremici. Dietro la somministrazione di cloruro di sodio il tasso azotemico si riportò ai valori normali e i disturbi uremici scomparvero.

I casi sono stati seguiti attentamente e studiati accuratamente nei più minuti particolari, coll'esecuzione di tutte quelle ricerche che abbiamo ritenute necessarie.

CASO I. — C. M., anni 50, venditore ambulante. Nulla di importante nel gentilizio. A 5 anni sofferse di scarlattina di cui guarì completamente senza che ne residuassero postumi. A 19 anni si ammalò di bronco-polmonite per cui rimase a letto circa un mese. A 20 anni fu dichiarato idoneo al servizio militare, che prestò per il periodo di 3 anni. Durante tale epoca non ebbe mai a soffrire di disturbi degni di particolare menzione. A 25 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana la quale ebbe 7 gravidanze condotte a termine; non aborti; i figli sono tutti viventi e godono buona salute. Allo scoppio della guerra mondiale fu richiamato sotto le armi e dopo due mesi inviato al fronte: rimase ferito due volte, alla coscia sinistra e alla regione occipitale destra, ma in modo piuttosto lieve. Nel 1918, trovandosi sul Piave, contrasse infezione malarica, che curò col chinino; gli accessi si ripeterono pure nel luglio dell'anno seguente, ma d'allora non si sono più ripresentati.

L'infermo riferisce di essere poi stato quasi sempre bene sino a sei mesi fa, epoca in cui, nel pomeriggio di una giornata fredda e umida, fu colto da malessere generale, mal di gola, brividi di freddo, dolori diffusi agli arti. Messosi a letto notò che aveva la febbre oltre 39°. Il giorno dopo chiamò un sanitario il quale disse trattarsi d'influenza e gli prescrisse le cure del caso. Ma dopo due giorni notò che le urine avevano assunto un colorito nettamente rossastro e, guardandosi nello specchio, osservò che le palpebre d'ambo i lati erano piuttosto gonfie; non sà dire se anche i piedi fossero o no tumefatti. Richiamato il sanitario, questi dal solo esame clinico e dal colorito particolare delle urine affacciò il sospetto di nefrite, che fu poi confermato dall'esame chimico e microscopico di queste ultime.

Gli fu prescritta una cura, specie dietetica, relativa a tale affezione. L'infermo potè riprendere le sue occupazioni solo dopo due mesi dall'inizio dei suddetti disturbi. Però riferisce che d'allora non ha più accusato disturbi di particolare rilievo; le sue forze lo sorreggevano quasi come di norma e accudiva al disimpegno delle sue mansioni con zelo ed energia. In ripetuti esami le urine avevano però sempre dimostrato presenza di albumina.

Dieci giorni circa prima del suo ingresso in clinica è stato colto da cefalea, malessere generale e da vomiti frequenti e abbondanti, che intervenivano sia in rapporto coi pasti che indipendente-

mente da questi che dà allora non sono più cessati. L'alvo è stato ed è tuttora pressochè regolare. Intanto lo stato generale del paziente è andato lentamente ma progressivamente peggiorando con aumento della cefalea, palpitazione alla regione cardiaca, frequente senso di smarrimento per cui ha ritenuto opportuno di farsi ricoverare in Clinica.

Nega lues ed altre malattie veneree. Discreto bevitore (un litro di vino al giorno) e discreto fumatore (un pacchetto di sigarette *pro die*).

E. O. Psiche nettamente obnubilata. L'infermo risponde pigramente alle domande che gli vengono rivolte, il suo aspetto è stanco e sonnolento. Si lamenta di malessere generale, di facile stanchezza, di abbattimento al minimo sforzo e di cefalea prevalentemente occipitale. Cute secca, sollevabile in larghe pliche, di colorito nettamente pallido; pure pallide sono le mucose visibili. Non edemi agli arti inferiori nè in altre parti del corpo. Pupille miotiche, isocoriche, torpidamente reagenti alla luce e all'accomodazione. Nulla a carico dei muscoli oculari. Faringe arrossata; tonsille ingrossate e arrossate; lingua umida, patinosa nella parte mediana e lievemente arrossata ai margini e alla punta. Collo di forma e volume normali. Nulla a carico della tiroide. *Torace*: all'ispezione statica si nota che le due metà del torace sono uguali; scapole aderenti; fosse sopra e sottospinose poco evidenti; non deviazioni abnormi della colonna vertebrale. All'ispezione dinamica si rileva che le due metà del torace si espandono poco ampiamente, ma in modo eguale d'ambo i lati. Fremito voc tatt. piuttosto diminuito su tutto l'ambito polmonare. Il suono di percussione ha risonanza tendente al timpanico; gli apici stanno ad eguale altezza a livello della prominente; le basi a 5 dita sotto l'angolo della scapola, poco mobili. *Ascoltazione*: respiro diminuito e lievemente aspro su tutto l'ambito polmonare, con ronchi e sibili diffusi e qualche rantolo umido a medie bolle. Anteriormente: suono di percussione timpanico; respiro indebolito, aspro; aia cardiaca in parte coperta. *Cuore*: Non bozza precordiale; non ectasie venose abnormi. Punta al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare. Il margine sinistro incrocia il 2° spazio intercostale nella parasternale e la terza costola fra la parasternale e l'emiclaveare. Il margine destro arriva alla marginale omonima. Alla ascoltazione si sentono i toni cardiaci piuttosto deboli e lontani; lieve soffio sistolico alla punta. Polso ritmico, aumentato di frequenza, piccolo. *Addome*: di forma e volume normali; non reticolo venoso; cicatrice ombelicale spianata; bene trattabile; lieve dolenzia lungo il decorso del colon; non ottusità libera nella cavità addominale. *Fegato*: in alto al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare, in basso palpabile solo nelle profonde inspirazioni. *Milza*: in alto all'8ª costola sull'ascellare media; non si palpa il suo polo inferiore. Apparato linfoglandolare: normale. Esame sistema nervoso: negativo.

Ricerche collaterali.

Es. delle urine: quantità 600 cmc. nelle 24 ore, peso specifico 1020; albumina ++; urobilina, pigmenti biliari, acetone e acido diacetico: assenti. Cloruri: 3,40 ‰; urea: 25 ‰; indacano: presente. Sedimento: abbondante; parecchi leucociti; parecchie emazie; cilindri ialini e ialino granulosi; parecchie cellule delle basse vie.

Es. del sangue: glob. rossi 4.800.000; gl. b. 7800; Hb: 68; val. gl. 0,73. Formula leucocitaria: neutrofili 64; linf. 26; Monoc. 7; Eos. 2; basof. 1. Reazione di Wassermann e Meinicke: negative.

Pressione arteriosa al Riva Rocci: Mx.: 100; Mn.: 55.

Azotemia: 3,08 ‰. Cloruremia nel sangue in toto: 4,03 per mille. Riserva alcalina: 72,6 %.

Praticata la puntura lombare si estraggono circa 12 cmc. di liquor limpido, a pressione aumentata, il cui esame non rileva nulla di particolare, se si eccettua una evidente diminuzione dei cloruri, i cui valori sono stati di gr. 5,10.

Dati i reperti di laboratorio il nostro primo pensiero è quello che si tratti di una forma di iperazotemia da cloropenia e senz'altro iniziamo un trattamento a base di sale, iniettando del siero fisiologico, in parte intravena e in parte sottocute; tale modalità di somministrazione seguiamo per tre giorni consecutivi e in seguito ci serviamo della via orale.

Sin dal 3° giorno di tale trattamento il miglioramento appare chiaro ed evidente; il malato è meno stanco; lo stato di malessere e di torpore si attenuano; i vomiti si fanno molto più rari. Dopo il 4° giorno il paziente si sente così bene che gli sembra di essere tornato a novella vita: non ha più vomito, mangia con gusto quanto gli vien somministrato; risponde speditamente alle domande; è di umore ilare e anche la cefalea è quasi del tutto scomparsa. Intanto continuiamo accuratamente e giornalmente gli esami di laboratorio più utili, specie quelli inerenti all'azotemia, cloruremia e alla R. A., nonchè la somministrazione del cloruro di sodio.

Per maggior chiarezza e comprensione degli esami praticati, riportiamo nella tabella che segue i dati ottenuti:

Dal 10° giorno in poi diminuimmo la quantità di cloruro di sodio da 10 a 5 gr. e continuammo così, controllando, con esami ripetuti a brevi intervalli, l'azotemia e la cloruremia in modo da stabilire poi una dose di cloruri di sodio giornaliera.

L'infermo continuò sempre in uno stato di progressivo e netto miglioramento di tutti i sintomi; la diuresi ritornò normale; scomparve il pallore del volto; la cefalea si dileguò completamente; l'appetito riprese come di norma.

L'infermo lasciò la clinica dopo 25 giorni di degenza in uno stato di quasi completo benessere. Alle urine persistevano però sempre piccole quantità d'albumina, qualche emazia e qualche raro cilindro.

Caso II. — L. C., anni 62, impiegato. Nulla di particolare importanza nel gentilizio. A sette anni pertosse, guarita senza complicanze. A 15 anni infezione tifoidea, per cui fu costretto a rimanere a letto per circa due mesi. A 20 anni prestò il servizio militare, godendo sempre ottima salute. a 29 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana, la quale ebbe una sola gravidanza, condotta a termine. La figlia è vivente e gode ottima salute. L'infermo è stato sempre un gran mangiatore e discreto bevitore; non fumatore. A 40 anni si ammalò di dolori, insorgenti spesso a tipo di colica, iniziandosi all'epigastrio e che si irradiavano all'ipocondrio destro e alla spalla omonima. Fu fatta diagnosi, dal medico curante, di colecistite calcolosa e fu prescritta una cura in pro-

Data	Azotemia ‰	Cloruremia	R. A. %	Es. del liquor		Osservazioni
				Urea	NaCl	
1° giorno	3,08	4,03	72,6	2,22	5,10	Sol. fisiol. per iniez.
2° »	3,08	4,25	73,8	—	—	Id.
3° »	2,90	4,60	68,3	—	—	Id.
4° »	2,35	5,00	67,4	—	—	10 gr. di NaCl per os
5° »	2,10	5,20	62,7	0,90	6,10	Id.
6° »	1,80	5,10	58,6	—	—	Id.
7° »	1,48	6,00	52,3	—	—	Id.
8° »	0,82	5,90	54,6	—	—	Id.
9° »	0,50	6,20	50,0	—	—	Id.
10° »	0,38	6,50	48,7	0,54	7,10	Id.

posito. Da 5 anni a questa parte l'infermo non ha più avuto coliche, ma è molestato spesso da senso di peso all'epigastrio, specie dopo i pasti, da eruttazioni e da senso di malessere.

A 45 anni sentendosi abbattuto, mancante nelle forze, voglia smodata di bere e avendo notato urinazione frequente e abbondante ricorse alla visita di un sanitario il quale gli riscontrò zucchero nelle urine e una glicemia nettamente superiore alla norma. Gli fu prescritta una cura dietetica particolare. D'allora l'infermo non ha, si può dire, più ripreso il suo normale stato di benessere. Ha dovuto sempre seguire un regime alimentare particolare e ogni disordine dietetico era causa d'una accentuazione dei suoi disturbi.

Da 5 anni a questa parte l'infermo è andato progressivamente peggiorando. Da 2 anni circa fa, quasi tutti i giorni, da 20 a 30 d. u. d'insulina. Tre anni fa è caduto in coma, dal quale fu liberato in seguito a rapido e intenso trattamento insulinico.

Pure in proseguo, per altre due volte, l'infermo cadde in precoma diabetico, di cui sempre si rimise grazie al trattamento insulinico.

Due giorni prima di essere portato alla nostra osservazione il paziente fu colto da dolori gastrici piuttosto forti, astenia, senso di pesantezza al capo, sonnolenza e vomiti. Tali disturbi sono andati progressivamente aumentando, per cui ha creduto opportuno di ricorrere a noi.

E. O. La psiche dell'infermo è notevolmente obnubilata: non risponde affatto o a semplici monosillabi alle domande; è cioè in uno stato di semi-incoscienza. Il suo respiro è lento e profondo. L'alito ha un netto odore acetonico. Cute di colorito pallido; pure pallide son le mucose visibili; non edemi. Nulla a carico dei nervi cranici. Pupille midriatiche, a contorno irregolare, che non reagiscono quasi affatto alla luce. *Torace*: nulla di particolare all'ispezione. Il suono di percussione è un po' timpanico; apici ad eguale altezza al livello della prominente; basi a 5 dita sotto l'angolo della scapola poco mobili. Ascoltatoriamente si sente un respiro aspro con ronchi e sibili diffusi e qualche rantolo a medie e piccole bolle alle basi. Nulla di particolare anteriormente. *Cuore*: punta alla 6ª costola sull'emiclaveare; il margine sinistro incrocia la 3ª costola sulla parasternale e il 3° spazio intercostale fra la parasternale e l'emiclaveare. Il margine destro non deborda dalla marginale omonima. Polso ritmico, frequente (92) piccolo. *Addome*: avvallato; cicatrice ombelicale spianata; non reticolo venoso; pareti addominali bene trattabili; assenza di ottusità libera nella cavità addominale. *Fegato*: in alto al 4° spazio intercostale sull'emiclaveare; in basso deborda di circa 2 dita, di consistenza aumentata, indolente. *Milza*: in alto alla 8° costola sull'ascellare medio; non si palpa il polo inferiore. App. linfogl. normale. Es. sist. nervoso: negativo.

RICERCHE COLLATERALI.

Urine: peso specif. 1024. Albumina: tracce minime. Urobilina e pigmenti biliari assenti. Zucchero: 48 ‰. Acetone e acido diacetico presente. Sedimento: nulla di particolare.

Es. del sangue: gl. rossi: 4.200.000; gl. b.: 7600; Hb: 62; val. gl.: 0,73. Formula leucocitaria: neutrof.: 68; linf.: 24; mon.: 7; eos.: 1; basof.: 0.

Pressione arteriosa al Riva Rocci: Mx.: 110; Mn.: 55. Glicemia: 3,10 ‰. Riserva alcalina: 26. Azotemia: 0,52.

Reazione di Wassermann e Meinicke negative.

Da quanto si è detto risulta chiara, senza tante discussioni, la diagnosi di precoma diabetico. Viene stabilito subito un trattamento energico a base di insulina, sia per via sottocutanea che endovenosa, grazie al quale l'infermo migliora rapidamente e in breve vien liberato dal suo stato. Si prescrive quindi un regime alimentare appropriato al caso e quasi totalmente privo di sale.

Dopo una diecina di giorni da che l'infermo erasi liberato dalle gravi condizioni in cui si trovava ed erasi rimesso abbastanza bene, viene improvvisamente colto da abbondanti e profuse scariche diarroiche (8-10 scariche al giorno) e da qualche vomito. Accusa nuovamente malessere, astenia, senso di abbattimento.

Un esame del sangue praticato circa una settimana dopo l'inizio di questi ultimi disturbi dimostrò una glicemia di 1,40 e un'azotemia di 2,80, che 3 giorni dopo era di 3,70 e al 4° giorno di 4,20. La cloruremia diede valori rispettivamente

di 4,80, 4,20 e 3,90. La riserva alcalina dimostrò un'alcalosi (78 %).

L'esame delle urine mise in evidenza una minima percentuale di glucosio, assenza di acetone e di acido diacetico. Non albumina, non emazie, non cilindri. Il tasso dei cloruri era però molto basso: gr. 2,80; urea: 35 nelle 24 ore.

Praticata la puntura lombare si estrassero circa 10 cmc. di un liquor limpido, a media pressione, senza caratteri particolari, ma con una quantità bassa di cloruri: gr. 5,30 e gr. 2,80 di urea.

Stante il reperto degli esami di laboratorio, che orientava verso una forma di iperazotemia da cloropenia, si inizia senza altro un trattamento salino, grazie al quale i suddetti disturbi si attenuarono notevolmente sino alla totale scomparsa. L'azotemia regredì progressivamente sino a riportarsi alla norma, mentre la cloruremia si innalzò, raggiungendo gr. 6,30 ‰.

Ecco i risultati riassuntivi:

Data	Azotemia ‰	Cloruremia ‰	R. A. %	Cloruri nel liquor	Osservazioni
1° gg.	0,52	—	26	—	All'ingresso: Reg. aclorurato
2° »	2,80	4,80	58	—	Una settimana dopo la diarrea
3° »	3,70	4,20	60	—	10 giorni dopo la diarrea
4° »	4,20	3,90	78	5,30	11 gg. dopo: tratt. sal. 15 gr.
5° »	4,20	4,10	72	—	12 gr. sale
6° »	3,30	4,20	68	—	Id.
7° »	2,40	5,10	72	—	Id.
8° »	1,50	5,80	68	—	Id.
9° »	0,80	6,10	65	—	Id.
10° »	0,42	6,30	68	—	10 gr. sale

CASO III. — S. V., di anni 36, ingegnere. Nulla nel gentilizio. A 5 anni scarlattina di cui guarì completamente. A 16 anni, infezione tifoidea per cui fu costretto a rimanere a letto per circa due mesi. A 28 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana la quale ebbe tre gravidanze condotte a termine; non aborti. I figli godono ottima salute.

Circa 4 anni fa il paziente ha accusato dolori all'epigastrio, che insorgevano due, tre ore dopo i pasti e si irradiavano posteriormente al dorso. Non raramente aveva vomito, dopo il quale i disturbi si attenuavano. Frequenti bruciori di stomaco ed eruttazioni acide. Non ematemesi, nè melena. Da allora tali disturbi si sono ripresentati a periodi irregolari e intervallati da pause più o meno lunghe, durante le quali l'infermo godeva uno stato di quasi pieno benessere solo accusando lievi bruciori di stomaco. Fattosi visitare da diversi sanitari, alcuni dei quali praticarono ripetuti esami radioscopici e radiografici, gli venne detto trattarsi di un'ulcera allo stomaco. Da qualcuno gli venne pure consigliato l'atto operativo al quale però l'infermo non volle mai sottoporsi.

Da un anno a questa parte i suddetti disturbi si sono accentuati e l'infermo è stato tormentato da dolori, bruciori di stomaco, molesto senso di peso dopo i pasti e non raramente vomito.

Circa un mese prima di ricorrere a noi il paziente ha notato una mattina di aver riemesso col vomito parte del cibo che aveva mangiato la sera antecedente.

Da circa 15 giorni è molestato da vomiti frequenti e abbondanti sia durante i pasti che indipendente da essi e che si son fatti più intensi negli ultimi due giorni. Quasi ogni sostanza dal paziente ingerita vien rimessa col vomito. Il suo stato è andato progressivamente peggiorando: si lamenta di notevole malessere, d'intenso abbattimento, di profonda astenia. In tali condizioni è stato portato alla nostra osservazione.

E. S. Soggetto di costituzione gracile, appartenente al tipo longineo. La sua psiche è notevolmente depressa; l'infermo risponde a tono, ma con un certo sforzo alle domande. La sua espressione è notevolmente abbattuta e stanca. La cute è di colorito intensamente pallido. Masse muscolari ipotoniche e ipotrofiche. Non edemi agli arti inferiori nè in altre parti del corpo. Pupille uguali, reagenti alla luce e alla accomodazione. Nulla a carico dei nervi cranici. Lingua piuttosto asciutta, patinosa. Nulla a carico del collo e della tiroide. *Torace*: allungato, con diminuzione dei suoi vari diametri; spazi intercostali ampi; scapole non aderenti. Fr. v. T. ben conservato e ben trasmesso. Suono di percussione pressochè normale; apici ad eguale altezza al livello della prominente; basi a 4 dita dall'angolo della scapola, poco mobili. Alla ascoltazione si sente un respiro aspro su tutto l'ambito polmonare, con espirazione prolungata e ronchi diffusi alle basi. *Cuore*: punta al 5° spazio intercostale all'interno dell'emiclaveare; margini sinistro e destro nei limiti. Toni piuttosto deboli, ma non accompagnati da rumori patologici. *Addome*: di forma e volume pressochè normali; cicatrice ombelicale spianata; non reticolo venoso. Pareti addominali piuttosto tese e poco trattabili specie nei quadranti superiori. La palpazione sull'epigastrio risveglia vivo senso di dolore. Alla percussione lo stomaco risulta notevolmente abbassato. Non ottusità libera nella cavità addominale. *Fegato*: in alto al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare; in basso si palpa solo nelle profonde inspirazioni. *Milza*: in alto alla 9ª costola sull'ascellare media; non si palpa il suo polo inferiore. Ap. linf. gland.: micropoliadenopatia cervicale e inguinale. Es. del sist. nerv. negativo.

RICERCHE COLLATERALI.

Es. delle urine: peso spec.: 1017. Albumina: assente; zucchero assente; pigmenti biliari e urobilina assenti; cloruri 3 10 ‰; urea 36 ‰. Nulla d'importante nel sedimento.

Esame del sangue: gl. rossi 4.900.000; gl. b. 8200; Hb.: 76; V. gl.: 0,66. Formula leucocitaria: 0; neutrof.: 60; linf.: 29; mon.: 10; eos.: 1; bas.: 0.

Glicemia 0,92. Azotemia 2,10. Cloruremia 4,2. Riserva alcalina 72.

Pressione arteriosa a Riva Rocci: Mx 100; Mn. 45.

Reazione di Wassermann, Meinicke negative.

In base all'anamnesi e all'esame obbiettivo pensiamo subito si debba trattare di stenosi pilorica

da ulcera. Ripetuti esami radiologici confermano senz'altro il nostro concetto diagnostico.

Ma la nostra attenzione oltre che dalla malattia in sè viene attratta dallo stato, diciamo pure, pietoso dell'infermo e dal forte tasso azotemico con ipocloruremia.

I vomiti intanto continuavano. Un secondo esame del sangue, praticato due giorni dopo, diede un'azotemia di gr. 3,60, una cloruremia di gr. 4,80 e una R. A. di 82. Al 4° giorno si ha: azotemia 3,90; cloruremia 4,60; R. A. 78.

Praticata una puntura lombare, allo scopo di determinare il dosaggio dei cloruri nel liquor, questi vengono riscontrati nella quantità di gr. 5,10; urea gr. 1,80.

Il complesso degli esami del sangue, liquor e urine ci porta senza altro alla diagnosi di sindrome iperazotemica da cloropenia. Viene quindi istituita una terapia a base di cloruri di sodio per iniezioni. Dopo due giorni da tale trattamento i vomiti cessano completamente e l'azotemia tende a decrescere, mentre la cloruremia s'innalza. Dopo 5 giorni il tasso azotemico s'è riportato alla norma e così pure il tasso cloruremico.

Le condizioni del paziente migliorarono rapidamente e in modo sorprendente.

Dopo 35 giorni l'infermo fu sottoposto all'intervento operatorio che confermò in pieno la nostra diagnosi ed ebbe esito felice.

Ecco la tabella riassuntiva dei dati riscontrati:

Data	Azotemia ‰	Cloruremia ‰	R. A. %	Cloruri nel liquor	Osservazioni
1° gg.	2,10	4,20	72	—	Vomiti abbondanti
2° »	3,60	4,80	82	—	Id.
3° »	3,90	4,60	78	5,10	Id.
4° »	3,72	4,10	80	—	NaCl per iniez.
5° »	3,60	4,15	82	—	Id.
6° »	3,50	4,20	76	—	Id.
7° »	2,80	4,90	68	—	Id.
8° »	1,90	5,20	70	—	Id.
9° »	0,48	6,00	62	—	12 gr. sale per os
10° »	0,36	6,20	60	—	10 gr. sale per os

Abbiamo riportato lo studio accurato di 3 casi (nefrite subcronica, diabete grave e stenosi pilorica) con iperazotemia e sindrome uremica di notevole gravità, che, a prima vista, ci imponevano senz'altro un pronostico letale e in cui invece la somministrazione di cloruro di sodio ha progressivamente portato alla regressione e poi alla norma l'azotemia con scomparsa dei disturbi uremici.

Si tratta cioè di tre casi presentanti una fenomenologia gravissima, in cui era in causa un'iperazotemia da cloropenia, da carenza di sale cioè, la quale, per la sua progressione rapida e per la sua intensità, offre la più grande analogia con quella che si riscontra nella nefrite azotemica vera.

Ma che non siasi trattato, nei suddetti casi, della forma di azotemia vera noi, come è ovvio intendere, lo possiamo escludere con tranquillità e con facilità. Difficilmente sarebbe infatti accaduto, ammettendo quest'ultima ipotesi, una regressione così spontanea e rapida nè dei sintomi così gravi nè d'una azotemia tanto alta, quale abbiamo notato nei nostri pazienti.

Il miglioramento di ogni sintoma e l'abbassamento dell'azotemia sono stati poi in diretto rapporto con la somministrazione del sale e l'innalzamento della cloruremia: si può seguire con la curva del cloro il progressivo miglioramento. Si sa infine che in casi simili, come è stato constatato d'altri, se non si somministra del sale lo stato del paziente s'aggrava sino ad aversi l'esito letale.

Cerchiamo ora di vedere quali sono i punti basilari, a cui deve convergere tutta la nostra attenzione per scoprire la natura vera d'un eventuale sindrome azotemica, poichè non v'è dubbio, che, in caso di azotemia da cloropenia, dal nostro intervento precoce e appropriato dipendano la prognosi e la salute del paziente. E sarebbe certamente un errore imperdonabile, per le conseguenze fatali che ne sopravverrebbero, se per nostra colpa ci lasciassimo sfuggire la vera chiave per un esatta diagnosi.

Scorrendo i sintomi obbiettivi e subbiettivi che possono presentarsi sia nella sindrome azotemica classica che in quella determinata da carenza di sale, noi vediamo che parecchi di essi sono presenti in ambo le forme: malessere generale, prostrazione, aspetto pallido, cefalea, i vomiti e la diarrea.

Un dato importante differenziale ci vien fornito dall'esame del sangue: nell'azotemia vera si osserva infatti quasi sempre un grado di anemia più o meno spiccato, mentre nell'azotemia per deficit di sale l'anemia generalmente manca, onde si riscontra una cifra pressochè normale e, non raramente anche superiore dei globuli rossi del sangue: ciò è in rapporto colla forte concentrazione del sangue dovuta alla disidratazione.

Di non minore importanza poi sono, secondo noi, i sintomi cardiovascolari. Nella forma di azotemia vera abbiamo di regola un cuore grosso, specie a carico del ventricolo sinistro (ipertrofia concentrica), che può raggiungere dei gradi altissimi e un rinforzo netto, a volte con carattere di particolare risonanza metallica del secondo tono aortico; non raramen-

te coesiste pure il ritmo di galoppo. La pressione sanguigna poi è, fatto importantissimo, quasi sempre aumentata: tale aumento raggiunge spesso delle cifre molto alte, sino a 250-280 mm. di Hg ed oltre, come noi stessi abbiamo, non raramente, avuto occasione di osservare in casi simili. Il polso è pieno e duro, per cui si comprime con difficoltà. Può è vero, in certi casi, aversi una pressione normale o anche un'ipotensione in corrispondenza del periodo terminale d'una nefrosclerosi con iperazotemia o in casi in cui per cause costituzionali, marantiche od altre il muscolo cardiaco non ha potuto ipertrofizzarsi: abbiamo così che un cuore, i cui vasi coronari siano molto alterati e il cui muscolo presenti callosità, non sia capace, o solo in modico grado, di ipertrofizzarsi. Ma ciò è, secondo noi, una eventualità che rientra piuttosto nelle eccezioni e quando poi la pressione, che aveva raggiunto cifre alte, in periodo finale o molto grave, s'abbassa per debolezza miocardica, l'obbiettività generalmente ci fa rilevare i sintomi legati a tale insufficienza, consistenti, come si sa, in stasi nel piccolo circolo con accentuazione del 2° tono sulla polmonare, ingrossamento più o meno accentuato del ventricolo destro, rilevabile spesso con una pulsazione epigastrica, e in seguito ingrossamento del fegato, edemi agli arti inferiori, dispnea, ecc.

Nell'azotemia per mancanza di sale il cuore è pressochè normale in tutte quelle forme in cui non è in causa nessuna alterazione renale precedente: azotemia cloropenica nel diabete grave, nella stenosi pilorica, nelle gravi enterocoliti, ecc. Nei casi poi in cui tale forma si innesta su una nefrite subacuta o subcronica che decorre da un periodo di tempo relativamente breve, l'ipertrofia cardiaca è per lo più modica e non raggiunge mai le dimensioni che si riscontrano nella nefrosclerosi, che data in genere da anni e qualche volta da decenni.

La pressione arteriosa poi nell'azotemia cloropenica è normale oppure, come si è riscontrato nei nostri casi, al di sotto della norma.

Il polso è frequente, piccolo, molle e qualche volta aritmico.

Abbiamo dunque nel reperto cardiovascolare una guida che ci orienta, anche se non in modo assoluto, verso l'una o l'altra forma.

Si comprende però che in quei casi in cui un'azotemia da cloropenia si sovrappone a una azotemia renale da nefrite cronica la diagnosi differenziale dai soli dati clinici è pressochè impossibile.

Un certo valore dobbiamo pure attribuire alle emorragie che spesso accompagnano l'uremia vera: specie frequenti sono le epistassi e le menorragie; mentre nell'uremia da carenza di sale le emorragie costituiscono un fatto piuttosto raro.

L'anamnesi che ci rivela una storia di vomiti frequenti o di diarree profuse deve farci sospettare la probabilità d'una azotemia da mancanza di sale, specie se con tali sintomi è in armonia il complesso degli altri dati e l'esame obbiettivo ci fa ritenee proco probabile l'eventualità di una lesione renale grave.

Ragguagli di indiscusso valore sulla natura della sindrome azotemica ci possono essere forniti anche dall'esame delle urine e, in particolar modo, da quello dei cloruri. Sappiamo infatti che il cloruro di sodio introdotto con gli alimenti nella quantità di circa 15-20 gr. al giorno viene eliminato, in quantità minore e oscillante fra i 7 e i 15 gr., sopratutto con le urine e in piccole traccie con la saliva, col muco, col sudore, col latte, cogli escrementi. In caso d'ipocloruremia la percentuale dell'eliminazione con le urine può scendere a cifre bassissime. Nei nostri casi abbiamo riscontrato: gr. 3,40 ‰ nel 1°, 2,80 ‰ nel secondo e 4,2 ‰ nel terzo; qualche A. ha riscontrato cifre ancora più basse (1 ‰) e anche meno.

Una sindrome azotemica con spiccata ipocloruria parlerà quindi per una forma da carenza da sale, mentre il reperto di normale o superiore eliminazione di cloruri per le urine ci orienterà verso una forma azotemica vera.

Il rimanente esame delle urine avrà un valore relativo in quei casi, nei quali l'uremia cloropenica s'innesta su una forma di nefrite preesistente e in cui quindi, il reperto di albuminuria, cilindruria ed ematuria può essere nettamente positivo sia nell'una che nell'altra forma. Tale esame però assurgerà a grandissima considerazione (nostro secondo e terzo caso) nell'eventualità che si tratti di una sindrome azotemica cloropenica, stabilitasi in casi in cui non è mai esistita alcuna lesione renale.

Da tutto quanto si è detto risulta che l'immagine clinica e l'esame delle urine possono, non raramente, illuminarci in modo abbastanza chiaro sulla vera natura d'una sindrome azotemica, pur non dando, bene inteso, l'assoluta e inoppugnabile certezza. Questa, come fra breve diremo, l'avremo solo con la ricerca del cloro nel sangue e negli altri umori.

Però sin d'ora riteniamo opportuno dichiarare che non sempre, per un cumulo di ovvie ragioni, è possibile praticare questi ultimi dosaggi. Nell'esercizio professionale il medico

pratico si trova, non raramente, costretto ad esercitare in luoghi e in circostanze tali che le ricerche di laboratorio non sono affatto possibili. E in tali evenienze i tentennamenti, le inutili supposizioni, le attese prolungate potrebbero essere fatali. Onde, in simili casi, il nostro consiglio è quello di comportarci basandoci sull'anamnesi, sull'obbiettività clinica e sul criterio *ex juvantibus* dato dalla terapia. Se si ha il sospetto, pur mancando l'assoluta certezza, di una sindrome azotemica da cloropenia siamo senz'altro in dovere di ricorrere a un trattamento salino: l'evoluzione successiva dei sintomi ci dirà se tale trattamento era in chiave, e allora lo continueremo, con la sindrome sospettata; in caso contrario ne sospenderemo la somministrazione.

***

Il dosaggio del cloro nel sangue e negli umori è, diremo, la chiave di volta per l'esatta differenziazione d'una sindrome azotemica di natura cloropenica da una sindrome azotemica classica.

A prima vista sembrerebbe sufficiente, per essere illuminati sulla natura vera dell'azotemia, il solo dosaggio dei cloruri nel sangue Ma esaminando attentamente le cose vediamo che tale esclusiva ricerca non è bastevole. Una ipocloruremia possiamo infatti riscontrarla nel corso di nefriti azotemiche gravi, in cui il cloro, pur difettando nel sangue, è invece ritenuto negli altri umori dell'organismo, costituendo la cosidetta cloropexia. Questa consiste nel fatto che non raramente, nella nefrite azotemica vera, allo stabilirsi dell'uremia, la quantità di cloro nel sangue s'abbassa. Ma tale abbassamento non è unicamente dovuto ad una eliminazione del cloro, che può determinarsi in seguito a vomiti o a diarrea, ma al fatto che il cloro emigra, diremo così, dal sangue nei tessuti, onde il tasso del cloro nei tessuti e nel liquido cefalo rachidiano è allora aumentato. All'abbassamento del cloro nel sangue fa quindi riscontro l'aumento del cloro negli umori.

Tale ipocloruremia non significa dunque impoverimento dell'organismo in cloro, ma solo un impoverimento in cloro del sangue.

La determinazione della cloruremia è sufficiente per la diagnosi solo nei casi in cui la si trova aumentata, diradando allora qualsiasi dubbio sul sospetto d'una cloropenia. Questa l'abbiamo quando vi è ipocloruremia non solo nel sangue ma anche nei tessuti.

Per sapere in modo esatto se si ha a che fare con uno stato di cloropenia o di cloropexia la cosa migliore sarebbe quella di determinare, oltre la cloruremia, la ricerca dei cloruri nei tessuti; ma è tale esame difficile a praticarsi. Si è allora rivolta l'attenzione allo studio del liquido rachidiano, che possiamo considerare come il liquido interstiziale che bagna i tessuti. Onde col dosaggio del cloro nel liquor possiamo affermare, con grande sicurezza, se vi è cloropenia o cloropexia, a seconda che il suo contenuto in cloruri è diminuito o aumentato. Normalmente il liquor contiene valori di cloro, che corrispondono, presso a poco, a quelli del sangue: un tasso di cloro inferiore a gr. 6 parlerà in genere per una cloropenia, mentre se esso è superiore a gr. 7 si avrà cloropexia.

Da ciò che si è detto emerge chiaro che la determinazione del cloro nel liquido cefalo-rachidiano è particolarmente importante nei casi d'uremia seguita da ritenzione secca, in cui si produce un passaggio di cloro dal sangue nei tessuti. In questi casi l'esame del sangue ci mostra una cloropenia, allorchè in realtà non è che apparente, poichè importanti quantità di cloro sono fissate nei tessuti.

Una certa importanza nello studio della cloruremia ha inoltre la Riserva Alcalina. Una R. A. superiore alla norma, un'alcalosi, parla per una cloropenia, ci dice cioè che l'organismo a perduto grandi quantità di cloro. Non è ancora ben conosciuto nella sua precisa e chiara esattezza l'intimo meccanismo di questo fatto. Un giudizio altrettanto netto non possiamo trarre da una riserva alcalina abbassata, da un'acidosi cioè, potendosi allora trattare sia di una cloropenia che d'una cloropexia. Si sa infatti, dopo gli studi in proposito di Hamburger, che tutti gli acidi, compreso il CO^2, spostano il cloro dal sangue, facendolo emigrare ora nei tessuti e ora nei reni attraverso cui viene eliminato. Ciò non è altro che una reazione di difesa dell'organismo, che, nella sua lotta contro l'intossicazione acida, cerca di liberarsi delle valenze acide del plasma. In quest'ultimo caso sarà quindi indispensabile, per una diagnosi differenziale, la ricerca del cloro nel liquido cef. rachidiano.

Cerchiamo ora di vedere, per quanto ci è possibile, quale possa essere il substrato patogenetico nel determinismo d'una sindrome così importante, qual'è quella d'un iperazotemia da cloropenia.

D'accordo con Blum non possiamo incriminare quale fattore patogenetico il rene, perchè ammettendo che il deficit salino possa compromettere in modo così intenso e deleterio la funzionalità renale, non si potrebbe spiegare

come la somministrazione di sale possa ristabilirla così rapidamente. Blum riporta invece il fattore patogenetico ad uno squilibrio della concentrazione molecolare nel sangue e negli umori. Si sa che la concentrazione molecolare nel sangue e nei liquidi organici è costante, finchè pure costante si mantiene la pressione osmotica. Quest'ultima è dovuta principalmente alle sostanze inorganiche e tra queste sopratutto al cloruro di sodio. È logico allora comprendere che allorchè vi è carenza di tale elemento sopravviene un abbassamento della concentrazione, che l'organismo cerca di correggere a mezzo di altre sostanze, tra le quali il glucosio, ma principalmente l'urea. L'aumento di questa si spiegherebbe quindi col fatto che l'organismo per correggere l'abbassamento della concentrazione molecolare è costretto a ricorrere al suo ausilio. Appare cioè tale azotemia come un mezzo compensatore di cui l'organismo si serve per lottare contro le conseguenze che porterebbe un abbassamento considerevole della concentrazione molecolare del sangue.

Una tale concezione patogenetica ha certamente il suo punto d'appoggio su dati di fatto d'incontestabile logicità e la sua ammissione sarebbe senz'altro delle più lusinghiere. Ma non manca del suo lato debole e non regge completamente ad una critica serrata. Sappiamo infatti che il tasso del cloruro di sodio disseminato nell'organismo è di circa 200 gr. Ora se l'abbassamento della concentrazione molecolare fosse la disfunzione principale da correggere noi pensiamo che le riserve saline di cui può disporre l'organismo, anche dopo la perdita di quantità elevate di cloro da esse subita, sarebbero sufficienti per ovviare a tale inconveniente. Da diversi autori (Gosset, Binet et Petit-Dutailles) è stato poi dimostrato che per ristabilire il tasso normale dei cloruri in caso d'occlusione intestinale sono non raramente necessarie dosi doppie di quelle perdute coi vomiti; non si comprenderebbe quindi la necessità d'un tasso superiore a quello che è stato perduto se l'obbiettivo della cura clorosodica fosse solo quello di ristabilire il livello della pressione osmotica. Crediamo quindi che pur potendosi attribuire una certa importanza all'abbassamento della concentrazione molecolare, questa non ne sia la causa unica e, secondo noi, nemmeno la principale.

Riteniamo invece, d'accordo con quanto ha sostenuto Annes Dias, che la causa preponderante dell'iperazotemia sia da ricercare in una disintegrazione eccessiva delle sostanze proteiche dell'organismo che si determina in seguito alla cloropenia. Si sa infatti che il cloruro di sodio, oltre alla sua funzione fisica (concentrazione molecolare e pressione osmotica), esplica anche una notevole azione chimica.

Achard, Gosset et Mestrezat hanno fatto risaltare le proprietà antitossiche e le qualità citofilattiche del cloruro di sodio, che è considerato come la salvaguardia della morfologia cellulare, condizione indispensabile per l'attività funzionale. Si è inoltre dimostrato (Achard et Ramond) che le cellule per una permanenza prolungata in un liquido tossico possono riprendere in parte la loro apparenza normale quando sono messe in una soluzione di cloruro di sodio.

Il cloruro di sodio ha cioè una funzione nettamente protettiva degli elementi cellulari, impedendone l'alterazione, la quale in sua assenza finisce per determinarsi, con conseguente disintegrazione delle sue albumine. Da tale disintegrazione origina un eccesso d'urea. Già il Belli aveva osservato che diminuendo l'introduzione del quantitativo quotidiano del sale si aveva un aumento dell'eliminazione azotata.

Propendiamo quindi anche noi, in base a quanto si è detto, per il concetto che la parte principale nel determinismo dell'iperazotemia da carenza di sale risieda nella disintegrazione delle sostanze proteiche, ma non escludiamo che una certa importanza abbia pure l'abbassamento della concentrazione molecolare, che si determina in seguito al deficit salino.

***

Dal nostro studio emergono le seguenti conclusioni:

1) Esiste una sindrome iperazotemica a tipo uremico da mancanza di sale, che ha una reale somiglianza con l'uremia vera da nefrite cronica, dalla quale spesso è impossibile distinguerla col solo esame clinico.

2) Tale sindrome possiamo riscontrarla non solo in casi con contemporanea lesione renale, ma anche in forme nelle quali il rene non è in causa: diabete grave — stenosi pilorica — stenosi intestinale — gravi stati diarroici, ecc.

3) Essa, come si è detto, è in rapporto con carenza di sale nell'organismo, il quale viene eliminato principalmente coi vomiti e colla diarrea.

Dal solo esame anamnestico, clinico, emocitologico e dell'apparato cardio-vasale possiamo trarre talora un certo giudizio d'orientamento per la diagnosi, ma questa in modo assoluto non potrà farsi che con gli esami di laboratorio.

4) Gli esami di laboratorio, strettamente necessari, consistono nella determinazione del cloro nel sangue e negli umori. Diciamo ciò perchè la sola ipocloruremia non è sufficiente a stabilire se trattasi o no d'una sindrome uremica vera, in quanto questa può accompagnarsi a un tasso basso di cloro nel sangue, pur non avendosi un vero deficit salino nell'organismo: in tal caso il cloro è emigrato nei tessuti che ne sono pieni e al momento opportuno potrebbe essere richiamato nel sangue riportando la cloruremia al suo tasso normale (cloropexia). È quindi necessario determinare il dosaggio del cloro, oltrechè nel sangue, negli altri umori, di cui, come esponente, vien preso in considerazione il liquido cefalo-rachidiano.

Quando riscontriamo un abbassamento del cloro sia nel sangue che nel liquor diciamo che vi era diminuzione di cloro nell'organismo, cioè cloropenia.

5) Pure la riserva alcalina è, qualche volta, preziosa guida nella diagnosi differenziale: una netta alcalosi ci parla infatti per una vera cloropenia; ma altrettanto non possiamo dire quando essa è abbassata, quando cioè trattasi di acidosi, in quanto allora può esservi sia cloropenia che cloropexia.

6) Per quanto riguarda la patogenesi la causa predominante è probabilmente da ricercare in una disintegrazione delle sostanze proteiche, dovuta alla mancanza di cloro, ma riteniamo che una certa importanza sia pure da attribuire all'abbassamento della concentrazione molecolare, che determinasi in seguito al deficit salino.

7) La somministrazione di sale nell'uremia cloropenica è indispensabile per la salvezza del paziente, e la sua azione si esplica con una rapida scomparsa dei sintomi uremici e con un abbassamento sino alla norma del tasso azotemico.

La mancata somministrazione di sale porta generalmente all'esito letale.

8) Trovandoci in ambiente e in circostanze tali per cui sia impossibile la determinazione degli esami di laboratorio, siamo in dovere di basare il nostro giudizio su una attenta disamina dei dati clinici e sull'eventuale criterio *ex juvantibus*.

9) Molto importante è quindi la conoscenza di questa sindrome morbosa, che sola si giova del trattamento del cloruro di sodio, il quale non dev'essere più, come si faceva sino a pochi anni fa, considerato nocivo in tutte le forme iperazotemiche e quindi scartato a priori e in modo assoluto dall'alimentazione.

RIASSUNTO.

L'A. porta un contributo allo studio delle sindromi iperazotemiche da mancanza di sale. Trattasi di tre casi, di cui uno di nefrite subcronica, un secondo di diabete grave e un terzo di stenosi pilorica, presentanti una sindrome uremica grave da cloropenia, in tutto simile a una sindrome uremica vera. La somministrazione di cloruro di sodio riportò, in modo rapido, il tasso azotemico alla norma, mentre gli altri sintomi uremici scomparvero. L'A. passa in rassegna i principali sintomi clinici e di laboratorio, mettendo in risalto quelli che hanno maggiore importanza per una diagnosi differenziale tra una sindrome uremica vera e da carenza di sale. Discute poi sul meccanismo patogenetico di tale iperazotemia e infine richiama l'attenzione del medico sullo studio accurato delle sindromi uremiche, poichè quella da mancanza di sale deve essere combattuta con un trattamento salino, grazie al quale può essere facilmente vinta e senza il quale, generalmente, si ha l'esito letale.

BIBLIOGRAFIA.

Ascoli M. XXXIV Congr. It. Med. Int. 12-15 ottobre 1928.

Annes Dias. La Presse Médicale, 12-IV-1930.

Bakaltscnek. Klin. Woch., 1928, n. 33.

Barlocco. Riforma Medica, 1928.

Binet. Bull. Mém. Soc. Méd. Hô., Paris, 1928.

Blum. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1928.

Blum et Coulaert. Ibid., Paris, 1925.

Blum, Van Caulaert et Grabar. Ibid., Paris, 1928, n. 33; 1929, n 36.

Id. Id. La Presse Médic., 1929.

Blumet-Weil. Soc. Méd. des Hôp., 23-11-1928.

Castellino. Rassegna Clinico-scient., 1929.

Ceconi. Min. Med., 1924.

D'Arrela. Riv. Crit. di Cl. Med., 1923.

Gamble et Ross. Journal of Clin. inv., 1925.

Haden et Orr. Journal of experim. med., 1923.

Hamburger. Cit. da Blum.

Lesieur. La Presse Méd., 1912.

Moretti. Rif. Medica, 7-9-1929, n. 36.

Pirondini e Albano. Policl. Sez. Med., 1923, n. 8.

Bathery e Vaustonberghe. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1915.

Rolla. *Modific. fisico-chimiche nel sangue nelle nefropatie.*

Rondoni. *Biochimica.* U.T.E.T., 1925; Genova, 1919.

Van Slyke. Journal of biol. chem., 1923.

Vidal, M.me Lonjon e M. P. Monnier. La Presse Médicale, 16-8-1930.

Vedel, Vidal, Lonjon et Monnier. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Lunguedoc. Méditerranéen, maggio 1930.

Widal, Ambard et Weil. Semaine Médic., 31-7-912.

Withe. Gaz. des Hôp., 1928.

Withe et Bridge. Boston med. and Surg. Journal, 1927.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Ospedale Infantile del "Bambino Gesù„ in Roma.
SEZ. CHIRURGIA.
Primario: Prof. A. L. BONANOME.

Su una doccia metallica che facilita la chiusura dell'aponeurosi nella cura dell'ernia inguinale alla Bassini.

Dott. EMANUELE SCAVO, assistente.

Quando presi servizio presso questo reparto chirurgico, vi trovai in uso uno strumento di cui ignoravo l'esistenza e che seppi ideato molti anni or sono dal prof. A. Bonanome con lo scopo di facilitare la contenzione del funicello spermatico, durante la sutura dell'aponeurosi, nella cura radicale dell'ernia inguinale alla Bassini.

Poichè penso che molti colleghi ignorano l'esistenza di questo ferro, che la modestia del prof. Bonanome non ha voluto rendere noto e poichè d'altra parte ho potuto durante numerosi interventi apprezzarne direttamente l'utilità, ritengo opportuno farne oggetto di una breve nota.

Quando durante la cura radicale dell'ernia alla Bassini, dopo avere ricollocato il cordone sulla nuova parete posteriore ci si accinge a suturare l'aponeurosi del gr. obliquo, capita spesso di vedere sporgere il cordone stesso dai labbri della ferita e bisogna praticare la sutura con una certa oculatezza per evitare di bucare con l'ago o addirittura di comprendere nella sutura qualche elemento del cordone. Si rimedia comunemente a tale inconveniente incidendo l'aponeurosi del grande obliquo non proprio in corrispondenza dell'asse del canale inguinale, ma un po' medialmente e sollevandone i margini, al momento della sutura, con due pinze, mentre l'aiuto con una pinza anatomica tiene in posto e protegge il cordone. Un operatore convenientemente aiutato può così eseguire la sutura con rapidità e sicurezza. Ma non a tutti gli operatori è concesso di essere bene assistiti; a molti colleghi, chirurgi condotti, capita spesso di operare con l'aiuto di inesperti non versati all'arte chirurgica, sì che quella che dovrebbe essere una intelligente collaborazione è ridotta ad un lavoro solo manuale, se pur non diventa un intralcio. In questo caso uno strumento che riduca l'opera dell'aiuto, lasci libero il campo operatorio, mantenga in posto il cordone e lo protegga nello stesso tempo, riesce di grandissima utilità.

Si tratta di uno strumento di costruzione semplicissima (vedi fig.), costituito da due spatole a doccia, riunite da un manico in modo da raffigurare una Z. Le due doccie hanno raggi di curvatura diversi per essere utilizzabili in soggetti di differente mole.

Adagiato il cordone nella nuova parete posteriore vi si applica la doccia metallica che lo protegge fino al suo ingresso nello scroto, su di essa si ricostruisce la parete anteriore del canale inguinale cominciando la sutura dall'estremo inferiore della ferita e prima di stringere l'ultimo punto si sfila.

Non c'è dubbio che questo tempo dell'operazione risulti più spedito e più elegante.

RIASSUNTO.

L'A. descrive una spatola a doccia ideata dal prof. A. Bonanome collo scopo di proteggere e contenere il cordone spermatico, durante la sutura dell'aponeurosi, nella cura radicale dell'ernia inguinale alla Bassini.

DIVAGAZIONI CULTURALI

Il Clinico.

Hans Lauber (*W. Klin. Woch.*, 29 aprile 1932), prendendo possesso della Clinica Oculistica di Varsavia, ha pronunciato una nobile e profonda orazione sulla figura del Clinico, sulla sua attività, i suoi doveri, e l'importanza altissima della sua missione di medico e d'educatore.

Riportiamo in succinto i punti più salienti del discorso:

« Il Clinico deve essere non solamente un medico colto, ma uno sperimentatore che ha portato il contributo personale delle sue ricerche a questo o quel problema scientifico. Solo quel che si è conquistato da sè si possiede veramente, ha detto Goethe; e solo quando si ha lavorato in qualche campo, si è veramente e profondamente padroni dell'argomento.

L'insegnamento clinico poggia prima di tutto sull'osservazione, e il Clinico non cesserà di stimolare i suoi allievi all'osservazione del malato; ma l'anatomia normale e patologica, e le ricerche di laboratorio ne rappresentano un complemento indispensabile.

Il Clinico non potrà avere una cultura universale; ma cercherà di tenersi più che può a contatto con le varie branche della medicina e al corrente dei progressi che vi si compiono: ricercherà a questo scopo l'amicizia e la collaborazione degli altri Colleghi, mantenendo con loro un attivo scambio di idee e di discussioni: e cercherà anzi di allargare il campo delle sue relazioni, estendendole all'estero onde allacciare regolari rapporti scientifici con i Clinici delle altre nazioni.

Il Clinico dovrà essere un buon parlatore, chiaro, fornito di dialettica e di persuasione: egli dovrà mettersi al posto del suo più umile ascoltatore, e far sì che il suo insegnamento riesca piano a tutti; integrerà le sue lezioni con i varii metodi d'aiuto che più si prestano (tabelle, diagrammi, ecc.) e, sopratutto, con le esercitazioni pratiche.

L'importanza di queste è veramente grandissima: e siccome sono affidate agli assistenti, ecco la necessità di crearsi un personale adatto, cui serva di esempio, e che lo possa seguire.

Gli assistenti, naturalmente, si abituano a trattare il malato come fa il suo maestro; ove il Clinico dimostrerà loro, e con l'esempio oltre che con la parola, che il primo dovere del medico è di essere un uomo buono, e che bisogna aver pazienza, e dolcezza con questi infelici; i malati non sono « materiale d'esperimento », sono uomini che si sono affidati alle nostre mani: e il titolo più alto, il titolo sano della Clinica è quello di « luogo dove si cura ».

Il Clinico deve essere di esempio non solo a chi lo circonda, ma a tutti, di qualità etiche, morali: egli rappresenta « il primo medico » del suo ambiente: i Clinici sono il fior fiore della professione. Appunto per questo devono dimostrar di possedere quelle qualità morali, quel senso della propria responsabilità, quell'ossequio alla verità scientifica, quella coscienza del proprio dovere che sono il peso e l'orgoglio della nostra professione.

Naturalmente non è facile raggiungere un tale ideale di perfezione culturale ed etica: ma basterà che il Clinico non dimentichi che questi debbono essere i suoi ideali, che li abbia sempre dinanzi a sè, che non cessi mai di fare ogni sforzo per avvicinarsi a loro: egli sentirà in sè crescere nuova forza, e trascinerà gli altri con sè.

V. SERRA.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Tubercolosi polmonare ematogena.

(H. ASSMANN. *Mediz. Klin*, 23 settembre 1932).

La tubercolosi polmonare ematogena è il bersaglio verso cui è rivolto in questo momento il fuoco delle ricerche di tutti gli studiosi di patologia polmonare. Ormai, dopo tanti studi ed indagini, specialmente anatomo-patologiche, non può sussistere più alcun dubbio sull'esistenza e relativa frequenza di una invasione ematogena del b. di Koch sia nei polmoni che in altre parti del corpo. Ma quello che ancora appare difficile è di stabilire, nel caso specifico, se i focolai infeziosi che esistono nell'organismo siano effettivamente venuti per la via sanguigna oppure per altra via. Oggi si risponde troppo facilmente a tale domanda che ogni medico, dinanzi ad un tubercolotico, dovrebbe farsi. L'A. crede che possano considerarsi come ematogene le forme che si manifestano nei polmoni, dove appaiono all'esame radiologico come piccole macchie, e negli altri organi come fondo dell'occhio, pelle, ossa, organi urinari. È una distinzione piuttosto pratica, ma appunto perciò, utile.

Il prototipo delle tubercolosi sicuramente ematogene è la tbc. miliare acuta, altrimenti detta *sepsis acutissima tuberculosa* o tifobacillosi di Landouzy.

È nota la difficoltà diagnostica del suo quadro sintomatologico per la povertà di sintomi ascoltatori e percussori; l'esame radiologico è il perno su cui si appoggia una giusta diagnosi: caratteristico è infatti l'aspetto del campo polmonare il quale si presenta cosparso di piccole macchie. Anche caratteristico secondo Matthes è il quadro ematologico, il quale mostra una notevole linfopenia. Il reperto di

bacilli di Koch nel sangue circolante non è di grande importanza, in quanto tale reperto si può avere anche in casi di tubercolosi cronica broncogena ed anche frequentemente in altre forme dell'infezione, (come dimostrerebbero le ricerche di Löwenstein, non ancora peraltro confermate).

Perchè infatti si abbia una formazione generalizzata di tubercolosi non è sufficiente che i germi di Koch circolino nel sangue, ma è necessaria anche una particolare capacità di reazione dell'organismo. Inoltre nella generalizzazione ematogena della tbc. non conta considerare soltanto il comportamento dei polmoni, ma anche, e di più, quello di tutti gli altri organi, della pelle, delle articolazioni e del sistema nervoso: solo la muscolatura si è dimostrata cattiva ospite dei b. di Koch. Una particolare importanza riveste invece l'apparato linfatico: spesso infatti la forma ematogena prende la sua origine da una linfoghiandola caseificata, specialmente nel secondo stadio di Ranke; spesso poi una forma generalizzata ematogena può concludersi con una infezione dei vasi linfatici, dando la *lynphangitis reticularis* ultimamente descritta da Hansemann e Schürmann. Vi sono poi dei casi in cui il germe invade contemporaneamente le vie sanguigne e le vie linfatiche, dando luogo alla *tubercolosi linfoematogena*.

A parte dalla miliare acuta esiste una forma di *tbc. miliare cronica* che può non dare alcun reperto ascoltatorio o percussorio. Anche qui l'esame radiografico aiuta dimostrando un quadro simile a quello della miliare acuta: inoltre possono essere notati focolai a carattere ematogeno anche in altri organi (corioidea, pelle, ossa, rene).

Simili casi si possono seguire per mesi ed il decorso dimostra un lento ingrandirsi delle macchie polmonari sulla lastra radiografica e l'apparire di segni clinici in forma di rantoli finemente crepitanti e di un certo timpanismo alla percussione del torace. Nella maggior parte dei casi il malato, attraverso un decorso che può durare anche parecchi mesi, con lento aggravarsi dello stato generale viene a morte.

Questo esito letale della tbc. miliare è, si può dire, la regola: ma vi sono delle eccezioni. Certamente nelle forme acute e gravi la guarigione è straordinariamente rara, nelle forme lievi invece, in cui l'invasione bacillare non sia stata molto poderosa, la guarigione può aversi, per quanto sulla possibilità di essa in una tbc. miliare molti AA. abbiano elevato i loro dubbi.

L'A. crede in questa possibilità e questa fiducia gli è data dall'aver constatato radiologicamente in molti individui, apparentemente sani, la presenza nel campo polmonare di spesse macchie, che l'A. considera come una tbc. miliare guarita e corrispondente ad una malattia acuta che risultava nella anamnesi di ciascun individuo.

Ma esiste anche una guarigione per *riassorbimento*, per la quale le macchie del campo polmonare si espandono in conseguenza di una infiammazione collaterale e vengono riassorbite nella stessa maniera con cui vengono riassorbite le grosse infiltrazioni, oppure vengono rese innocue per cicatrizzazione.

In altri casi invece il processo morboso procede localmente e dà luogo a grosse infiltrazioni rotonde, che anche per la loro situazione sottoclaveare, possono simulare un *früh infiltrat* bilaterale simmetrico: per rammollimento di questi infiltrati si può avere formazione di caverne e da queste diffusione dei bacilli nelle vie bronchiali con conseguente insorgere di una comune tisi.

Diffusioni ematogene bacillari più leggere danno origine alla forma chiamata da Neumann *miliaris discreta*: sintoma caratteristico di questa forma sarebbe una milza dura e palpabile. Spesso queste leggere forme di invasione bacillare dell'organismo, che solo un accuratissimo esame radiologico può scoprire, terminano con una pleurite essudativa, che l'esame clinico dichiara apparentemente primitiva.

Queste stesse forme leggere possono anche guarire per assorbimento o per cicatrizzazione, oppure progredire localmente. Se guariscono per cicatrizzazione e questa è accentuata, danno origine al quadro della forma *fibrosa densa*.

La *linphangitis reticularis*, a cui abbiamo già accennato, si presenta all'esame radiografico, come una rete delicata, nelle cui maglie sono ordinate le macchioline, quadro molto simile a quello della linfangite carcinomatosa. Clinicamente si nota una discreta cianosi e dispnea: il ventricolo destro ben presto si ipertrofizza e si dilata, inducendo una stasi generale nel circolo. Questo fatto, poco conosciuto nella pratica, ha una grande importanza per riconoscere la vera origine di alcuni stati di scompenso, che a prima vista appaiono difficili a chiarirsi.

Concludendo, si può dire con l'A. che i dati dell'esame clinico, l'attenta osservazione del decorso della forma morbosa, gli accurati esami radiologici, potranno spesso darci esatti ragguagli sulla estensione e gravità di una forma tubercolare: ma, anche con questi mezzi a nostra disposizione, molte volte purtroppo la nostra curiosità di sapere dovrà rimanere senza risposta.

G. LA CAVA.

Sulla patogenesi e sul significato della crisi emoclasica da rifornimento nel pneumotorace artificiale.

(M. MAZZETTI, G. DI GERONIMO, G. GASTALDI. *L'Ospedale Maggiore*, giugno 1932).

Avezzù e Boggian, nella Clinica di Frugoni, hanno stabilito che fra il 20' e il 60' dopo il rifornimento di un pnx artificiale, si verifi-

ca una crisi emoclasica, manifestantesi con una diminuzione del numero dei globuli bianchi, inversione della formula leucocitaria e abbassamento della pressione arteriosa.

Le ricerche di Avezzù hanno trovato conferma in quelle di Ponticaccia, Reggiani e altri. Chini ha riscontrato eosinofilia post-rifornimento in portatori di pnx per tbc. polmonare. Lo stesso A. ha stabilito sperimentalmente che il rifornimento post-pneumatoracico non produce leucopenia sui cani e sui conigli sani; che questa si verifica solo quando il collasso sia spinto a gradi estremi, per cui sia supponibile una notevole riduzione del letto circolatorio. Gli AA. per parte loro, hanno potuto confermare le risultanze di Avezzù sulla esistenza di una crisi emoclasica che segue immediatamente al rifornimento pneumotoracico nei tubercolosi.

Scopo del lavoro è di portare un contributo alla patogenesi della crisi emoclasica post-rifornimento. Gli AA. ricordano, a questo proposito, i lavori di D'Amato e della suo scuola sulle modificazioni ematologiche e tensiometriche prodotte da iniezioni di tubercolina in soggetti con allergia tubercolare.

D'Amato ha notato in essi il verificarsi di una crisi emoclasica per la introduzione di un milionesimo di grammo di tubercolina per via parenterale. Egli ne trasse la conseguenza che la tubercolina scateni in soggetti allergici uno schoc umorale dovuto alle sostanze specifiche prodotte dal bacillo di Koch.

Altra constatazione acquisita per opera di D'Amato e della sua scuola è quella che le sostanze proteiche aspecifiche introdotte per via parenterale in soggetti con allergia tubercolare, non sono capaci di provocare la crisi emoclasica.

Avezzù e Boggian, per spiegare il prodursi della crisi emoclasica dopo il rifornimento gassoso nel pnx terapeutico, pensano che essa possa esser dovuta al penetrare in circolo, per effetto della compressione polmonare, di tubercolina o di sostanze proteiche aspecifiche. Arezzù tende a dar maggiore valore alla ipotesi che la crisi emoclasica sia dovuta a sostanze specifiche elaborate nel focolaio tubercolare del polmone. Ponticaccia e Reggiani pensano invece a stimoli di diversa natura originantesi a livello della pleura e del polmone e capaci di risvegliare una crisi vascolo-sanguigna con gli attributi della crisi emoclasica.

In questa discordanza di pareri, gli AA. hanno voluto portare un contributo sperimentale che potesse rischiarare il problema. A questo scopo essi in 10 individui portatori di pnx hanno ricercato successivamente la crisi emoclasica dopo il rifornimento gassoso, dopo iniezione di 2 cc. di siero di cavallo e dopo iniezione di 1:100.000 di cc. di tubercolina vecchia di Koch.

Mentre in tutti i soggetti si ottenne sempre la crisi emoclasica dopo rifornimento, dopo iniezione di siero di cavallo mai si ottenne alcun elemento che si accostasse a quelli dello choc emoclasico; anzi si ebbe costantemente una certa leucocitosi. Un particolare interesse in questo secondo gruppo di ricerche ha il fatto che quattro dei dieci individui che ebbero l'iniezione di siero di cavallo, presentarono fenomeni generali, consistenti in senso di malessere, temperatura sub-febbrile, cefalea e fatti di reazione focale, svelati dall'aumento della tosse e dell'espettorato, mentre non si potevano rilevarne obbiettivamente i segni polmonari per il collasso esistente dell'organo. Questi quattro casi, a parere degli AA., sono importanti, perchè dimostrano come, mentre è possibile provocare con sostanze proteiche aspecifiche anafilattogene, reazioni evidenti nell'organismo bacillare, tuttavia esse sostanze non sono capaci di produrre uno choc emoclasico nello stesso individuo, come si ottiene con rifornimento pneumotoracico e come si ottiene con iniezioni di tubercolina, fatto questo che la terza serie di ricerche fatta dagli AA. conferma pienamente.

Dai risultati delle loro ricerche gli AA. sono pertanto portati a concludere che non al riassorbimento di sostanze proteiche e di proteine batteriche a livello del focolaio polmonare sia dovuta la crisi emoclasica, ma al fatto che ad ogni rifornimento una certa quantità di tubercolina venga spremuta dalla spugna polmonare e messa in circolo.

Rimane a discutere se la crisi emoclasica dopo il rifornimento possa essere la conseguenza di un brusco squilibrio funzionale del sistema nervoso vegetario. Tenuto conto del fatto che la crisi emoclasica manca nei cani sani pneumotoracizzati, secondo le ricerche di Avezzù e di Chini; che manca la reazione eosinofila in individui anergici e nei cani sani, secondo le ricerche di Ponticaccia; che manca la reazione emoclasica negli individui portatori di pnx clinicamente guariti e in soggetti portatori di pnx parziale inefficente perchè lontano dalla lesione polmonare, secondo le ricerche di Mazzetti; dato che in tutti questi casi, come in tutti gli altri, la stimolazione vagosimpatica si verifica, non è all'irritazione del sistema nervoso vegetativo che può essere dovuta la crisi emoclasica.

In conclusione, gli AA. ammettono che ad ogni rifornimento gassoso in pnx per tubercolosi polmonare, se la lesione è anatomicamente attiva, una certa quantità di tubercolina viene spremuta e assorbita dal circolo linfatico e sanguigno e provoca nell'organismo una tipica crisi emoclasica, la quale è strettamente specifica e racchiude in sè il significato importante dell'attività del focolaio bacillare, per cui deriva che il pnx, oltre ad essere efficiente, deve essere mantenuto e proseguito.

C. TOSCANO.

Il potere calciopessico del polmone collassato.

(R. PINCHERLE. *Giornale di Clinica Medica*, 30 giugno 1932).

L'A. studia sperimentalmente il potere di fissazione dei sali di Ca. del polmone sano sottoposti a collasso, con lo scopo di chiarire la patogenesi della maggiore calcificazione a cui vanno soggetti i focolai tbc. dei polmoni compressi rispetto a quelli non compressi.

Le ricerche sono eseguite mediante dosaggio e comparazione del contenuto in calcio dei due polmoni di conigli sani sottoposti: alcuni al solo trattamento pneumotoracico unilaterale, altri a contemporanee iniezioni intramuscolari quotidiane di gluconato di Ca, altri infine all'iniezione contemporanea di Ca e di ergosterina o di ormone paratiroideo. (Paratormone di Collip, 0,35-0,70 cc., iniezione intramuscol. quotidiana per 13-17 g.).

Dopo uccisi gli animali per dissanguamento, e spremuto il sangue quanto più fosse possibile dai due polmoni, veniva eseguito il dosaggio del Ca nelle ceneri dei due organi usando il metodo manganometrico di De Waard.

Nei conigli trattati col solo pnx non furono trovate tra i due lati differenze di una qualche entità o comunque superiori ai limiti di errore consentiti dal metodo di dosaggio. Se ne deduce che il pnx non appare sufficiente a determinare da solo una maggiore fissazione del minerale nel polmone collassato nei confronti del controlaterale.

Nei conigli trattati invece contemporaneamente col pnx e col gluconato di Ca si è notato aumento del contenuto calcico in ambedue i polmoni, ma tale aumento fu sempre più evidente dal lato compresso che dall'altro. Anche maggiore risulta la fissazione del Ca in ambedue i polmoni di animali trattati con ergosterina, e anche in questo caso il potere calciopessico si mostra assai più elevato nel polmone sottoposto a collasso rispetto all'altro.

Sembra realmente quindi che l'attività calciopessica del polmone sia accresciuta per opera del pnx e che l'ergosterina non faccia che rendere più manifesta la maggiore attitudine a fissare il Ca del polmone collassato.

Per contro negli animali trattati col pnx, col Ca e con l'ormone paratiroideo contemporaneamente, non solo si è avuta una minore fissazione del metallo dei conigli trattati con ergosterina, ma anche di quelli sottoposti al solo trattamento calcico, e la differenza media tra Ca fissato nel polmone collassato e nel controlaterale risultò pure inferiore a quella riscontrata nei precedenti esperimenti. La spiegazione di questo risultato sta nel fatto che l'ormone paratiroideo produce aumento della calcemia a spese del calcio dei tessuti, impedendo la pronta fissazione di quello introdotto e rendendone più rapida e più intensa l'eliminazione.

Secondo l'A. l'aumento del contenuto calcico del polmone collassato, non potendo esser spiegata con un suo maggior contenuto di sangue (perchè, dati i valori della calcemia, si dovrebbero se mai trovare valori più bassi) deve essere ricercato nelle modificazioni strutturali a cui il polmone compresso va incontro: il pnx provoca una notevole proliferazione degli elementi reticolo-istiocitari, di quelle cellule cioè che hanno in alto grado la capacità di inglobare colloidi o sospensioni provenienti dall'esterno o dal sangue; per opera di questi elementi proliferati verrebbe trattenuto nel polmone compresso il calcio introdotto in eccesso. E. ANTONIAZZI.

ORGANI DIGERENTI.

Emorragie diffuse dello stomaco.

(E. L. BORTZ, *Archives of Internal Medicine*, 1932, n. 1).

Le emorragie diffuse della mucosa gastrica sono generalmente considerate di poca importanza, a causa della loro rarità. Tuttavia conviene tenerne conto, in quanto le ematemesi di questo genere importano un trattamento diverso di quello richiesto dalle emorragie dipendenti da una lesione gastrica definita e localizzata.

Le cause più comuni di emorragie gastriche sono:

A - Neoplasmi: carcinomi e polipi;

B - Ulceri: acute, subacute e croniche;

C - Infezioni acute o croniche: 1) Endoaddominali: colite, enterite, gastrite, appendicite, infezioni delle vie biliari, tubercolosi, tifo; 2) Extraddominali: scarlattina, febbre gialla, morbillo, pulmonite, difterite, endocardite; 3) Affezioni delle vie respiratorie superiori; 4) Malattie pelviche; 5) Alcoolismo;

D - Malattie sistematiche: 1) Cardiovasali: insufficienza cardiaca, endocardite, trombosi o embolia, ipertensione, aneurisma, varici; 2) Discrasie sanguigne: leucemia, porpora; 4) Malattie renali; 5) Cirrosi epatica; 6) Sifilide; 7) Allergia;

E - Corrosioni: da ingestione di veleni.

Le sindromi su elencate sono tutte bene definite e di diagnosi relativamente facile. Ma oltre a queste cause patologiche, che di solito provocano emorragie da un solo punto dello stomaco, ve ne sono altre che determinano fuoriuscita di sangue da una superficie più o meno estesa della mucosa gastrica.

Si possono verificare:

1) Emorragie gastriche diffuse in seguito a sforzi fisici o ad emozioni. Casi di tal genere furono osservati da Warren, Alvares e

Mayo Robson. All'operazione non si riscontrò alcun fatto patologico che giustificasse l'emorragia;

2) Emorragie profuse da difetto superficiale della mucosa. Questa condizione fu descritta da Dieulafoy. In ambo i casi da lui studiati (uno al tavolo anatomico e l'altro all'atto dell'operazione) non riscontrò fatti patologici localizzati. L'emorragia avveniva da una larga superficie della mucosa, che non risultava inspessita o comunque alterata. Solo qua e là si notavano delle chiazze ecchimotiche e delle erosioni. Ma queste più che causa devono ritenersi effetto dell'emorragia;

3) Emorragia da minute lesioni dei vasi gastrici. Questa condizione fu descritta da Smith nel 1902;

4) Emorragia da molteplici minute erosioni. La condizione, nota come « morbo di Einhorn », è caratterizzata da erosioni multiple della superficie interna dello stomaco, che sanguinano leggermente. I pazienti avvertono dolore e senso di peso. Il dolore non è intenso, sopravviene immediatamente dopo i pasti, è indipendente dalla qualità degli alimenti, dura una o due ore e scompare gradatamente. Di solito durante gli intervalli il soggetto non avverte alcun malessere.

Aschoff descrisse un tipo di erosione, le cosiddette stigmate di Beneke, localizzate prevalentemente nella grande curvatura. Esse sono di solito piccolissime, puntiformi. Sembrano in stretta relazione con disordini nervosi. Beneke opina che gli spasmi arteriosi nervosi provochino piccole necrosi anemiche, sulle quali agisce il succo gastrico determinando digestione dei capillari ed emorragie. Talvolta le osservazioni anatomiche possono essere completamente negative e la condizione è chiamata « emorragia gastrica parenchimatosa ». L'ischemia è affatto transitoria e può essere seguita da iperemia o da circolazione normale. Alcuni autori attribuiscono il blocco arterioso e la necrosi anemica a contrazione spastica della muscularis mucosae. Altri trovano la causa dell'affezione in disordini costituzionali, nutritivi e circolatori;

5) Ematemesi da filtrazione capillare. L'ematemesi si può verificare nell'assenza assoluta di ogni lesione della mucosa. Tali attacchi di emorragia spesso si possono avere in soggetti clorotici con il complesso di sintomi designato come « dispepsia anemica », « dispepsia clorotica » e simili. Hale White nota che disturbi dispeptici gravi si riscontrano più frequentemente nella clorosi che in altre anemie, e consistono in ematemesi, vomiti e dolore.

In tali casi spesso si sospetta l'ulcera gastrica, ma in effetti mancano molti caratteri sintomatologici di dette affezioni. Il soggetto, di solito, nel periodo intervallare non ha disturbi di sorta. L'emorragia non dipende da una lesione locale; ma la fuoriuscita del sangue avviene da molteplici punti della mucosa, che non presenta alcuna alterazione. Quando esistono erosioni minute o ecchimosi, esse sono più l'effetto che la causa dell'emorragia, in quanto sono dovute all'azione del sangue sull'epitelio;

6) Gastralgia emorragica. Strettamente associata alla precedente è la condizione nella quale l'ematemesi è accompagnata da intenso dolore. Anche in questa forma mancano alterazioni della mucosa;

7) Emorragie diffuse conseguenti ad operazione per ulcera gastrica.

Il riassunto di 52 casi di emorragie gastriche riferibili alle su accennate condizioni, dimostra che esse sono generalmente caratterizzate da un complesso di disturbi che consente un certo orientamento per la diagnosi.

Tali disturbi sono: Ematemesi singola o ricorrente, profusa o moderata, con o senza sintomi di shock; dolore gastrico (cardialgia, gastralgia); ipersensibilità epigastrica; malessere dopo i pasti, senso di peso o di pienezza; indigestione cronica; nausea; vomito; singhiozzo; flatulenza; melena; stipsi; cefalea.

La diagnosi differenziale può essere agevolata da altri elementi. L'emorragia gastrica diffusa si verifica in soggetti giovani (20-40 anni di età) e più nelle donne che nei maschi. L'evoluzione è silente, e l'ematemesi costituisce il primo sintomo. I periodi di accalmie tra un attacco e l'altro possono durare mesi ed anni. La condizione può essere presente come conseguenza di un'operazione per la cura di un'ulcera gastrica o duodenale. I sintomi sono per lo più meno gravi di quelli che accompagnano l'ematemesi da un'ulcera. L'esame radiologico risulta negativo. Molto spesso con l'emorragia scompaiono gli altri eventuali disturbi. Infine la gastroscopia può far rilevare il tipo della lesione. In caso di ematemesi improvvisa e profusa, la diagnosi differenziale immediata fra emorragia da processo ulceroso o non, è di secondaria importanza. L'esitazione del chirurgo può essere giustificata solo dal sospetto che l'emorragia sia diffusa. In effetti quest'ultima può scomparire e non ripetersi anche senza l'intervento.

In effetti il trattamento chirurgico è inutile se non dannoso.

La cura immediata deve essere indirizzata ad arrestare l'emorragia e ad ovviare i fatti dipendenti dall'anemia acuta: immobilità assoluta a letto ottenuta anche a mezzo di iniezioni di morfina, applicazioni di freddo sull'addome e di caldo alle estremità, digiuno assoluto per 48 ore, eventualmente transfusione di sangue.

L'emorragia diffusa tende a guarire spontaneamente. Ad ogni modo per aiutare la ri-

generazione del sangue si somministreranno estratti di fegato e preparati di ferro. Si indicherà una dieta adatta. Si elimineranno tutti i focolai di infezione. Si farà osservare un adeguato periodo di riposo.

Per diminuire l'acidità gastrica e la tendenza allo spasmo si consiglierà l'atropina. Per neutralizzare l'eccesso di acido, più che il bicarbonato di soda si adopererà l'idrato colloidale di alluminio. La eventuale deficienza di calcio si correggerà con il gluconato di calcio per os. Ai soggetti nervosi si somministreranno i bromuri e preparati barbiturici.

DR.

Ptosi gastrica e terapia chirurgica.

(L. LOSIO. *Arch. di Pat. e Clin. Medica*, agosto 1932).

L'A. afferma che nella ptosi gastrica l'intervento chirurgico ha la sua indicazione precisa quando ogni trattamento medico non ha apportato alcun miglioramento. Egli ha proposto un suo metodo di cura chirurgica della ptosi gastrica, consistente nel creare un piano di appoggio allo stomaco mediante il mesocolon trasverso, teso a mo' di diaframma fra la propria base di impianto e la parete addominale anteriore.

Contro l'obiezione che l'effetto statico dell'operazione possa venir annullato dallo sviluppo di un utero gravido agli ultimi mesi, porta il caso di una donna, operata secondo il suo metodo, nella quale l'esame radiografico, eseguito dopo una gravidanza, dimostrava che lo stomaco aveva conservato la normale posizione acquisita con l'intervento.

C. TOSCANO.

Simpatectomia addominale nella malattia di Hirschsprung.

(L. E. BARRINGTON-WARD. *Proceedings of the Roy. Soc. of Medec.*, giugno 1932).

Dopo l'osservazione di Royle e Hunter fatta nel 1924 della guarigione della stipsi dopo simpatectomia addominale eseguita per combattere uno spasmo degli arti inferiori, Wade e Royle applicarono quest'intervento, con successo, alla m. di Hirschsprung. Nel 1930 Wade riferì su 13 casi e altri casi furono descritti da vari autori.

Da questo si fece derivare la teoria che la malattia dipenda da iperattività dei gangli simpatici addominali. Per quanto riguarda la tecnica dell'intervento, Wade e Royle tagliarono il ramo bianco del primo nervo lombare a sinistra, tutti i rami della catena lombare e il tronco nervoso al disotto del IV ganglio; Judd e Adson escissero il 2°, 3° e 4° ganglio lombare col tronco simpatico principale.

Invece Larkin e Rearmouth (la cui tecnica fu seguita dall'A.) divisero il nervo presacrale e i nervi mesenterici inferiori. I risultati dell'A. nei suoi tre casi furono ottimi, nel senso che entro due mesi scomparve la stipsi (in un caso era stata già fatta inutilmente una colectomia).

Alle osservazioni di Woster-Drought il Barrington Ward rispose che non si può dire quanto tempo duri l'effetto dell'operazione.

J. H. Gibbens, nella stessa riunione, ha comunicato un caso operato dal Sergent, che fece l'escissione del ganglio mesenterico inferiore con risultato buono nei riguardi della stipsi, ma senza cambiamenti nella distensione addominale e nella peristalsi.

R. LUSENA.

MISCELLANEA.

Metodi pericolosi di interruzione della gravidanza.

(K. REUTER. *Mediz. Klinik*, 23 settembre 1932).

La massa del pubblico è convinta che la medicina possegga oggi in mano dei mezzi atti ad interrompere la gravidanza con la stessa facilità con cui un cucchiaio di olio di ricino cura una indigestione. È questa strana fiducia che ha provocato tanti disastri.

La donna gravida e che voglia disfarsi del suo frutto, si sottopone a dei metodi abortivi di cui essa non conosce la gravità ed il pericolo di vita che comportano.

Le doccie vaginali, ad esempio, sono conosciute come mezzo abortivo anche nei più remoti villaggi: se esse si dimostrano insufficienti, si cerca, con l'aiuto della cannula aggiunta, di raggiungere la bocca dell'utero. E qui incomincia la tragedia. Esempio classico può essere il seguente caso: Una donna di 38 anni, gravida per la 5ª volta, decide di abortire: si chiude sola in casa e fa delle docciature uterine con una lunga cannula.

È trovata morta con la cannula ancora in vagina: l'autopsia, praticata 24 ore dopo la morte, non dimostrò alcuna alterazione a carico degli organi, tutti perfettamente sani.

La gravidanza era al secondo mese. Il cuore, messo in acqua, galleggiava per la gran quantità di aria ossigenata contenutavi. Aria si trovava anche nell'interno dell'utero, nei suoi vasi e nei vasi che dall'utero si dirigono verso il cuore. Il sangue nel cuore e nei vasi era liquido. Anche le coronarie contenevano aria. L'utero conteneva l'uovo non aperto, distaccato soltanto da un lato dalla parete: intorno un po' di sangue liquido ed una piccola ferita a fondo cieco, profonda circa 1/2 cm.

Si trattava indubbiamente di una embolia gassosa. L'aria immessa con le docciature nell'utero era stata riassorbita dai numerosi e dilatati vasi venosi della parete ed era entrata

in circolo provocando la morte. Questa era stata causata probabilmente dalla embolia delle coronarie, che aveva portato ad una paralisi del muscolo cardiaco.

Un altro caso riguarda una donna di 32 a. al 4° mese di gravidanza, che mentre si faceva praticare delle doccie endouterine dal marito, morì in pochi secondi. La quantità di aria atmosferica (non gas da putrefazione) trovata nel sistema vasale di questa donna fu di 30 cc. Anche qui, come nel caso precedente, il forame ovale si trovò aperto e aria era contenuta oltre che nelle arterie coronarie, anche nei vasi dei plessi coroidei cerebrali.

Un terzo caso riguarda una donna sposata al 5-6 mese di gravidanza: anche qui la stessa anamnesi e lo stesso quadro anatomo-patologico. Esperienze stabilite su cani da Parade hanno dimostrato che il meccanismo di queste morti da embolia consiste in una improvvisa ischemia del territorio muscolare cardiaco.

Come si vede da questi casi e da molti altri descritti nella letteratura, il pericolo di morte da embolia gassosa per iniezioni di liquidi nell'utero gravido è straordinariamente grande. Ma se questo è uno dei mezzi più pericolosi e più comunemente usati non meno si può dire di altri metodi usati anche da medici. Così per esempio, il metodo proposto da Oehlschlänger, il quale dà come mezzo sicuro e innocuo di provocazione dell'aborto l'iniezione di 3-4 gr. di tintura di jodio nell'utero gravido: l'iniezione si fa con un catetère metallico, largo 2 mm. che si fa giungere sino al fondo dell'utero. Ed ecco i misfatti di tale metodo: un giovane medico iniettò la quantità prescritta di tintura di jodio nell'utero di una donna di 35 a. al 1° mese di gravidanza. La paziente ebbe subito un attacco di debolezza dalla quale tosto si rimise: incominciarono delle emorragie. La sera si manifestò una sintomatologia da edema polmonare e la paziente morì in pochi minuti. L'autopsia dimostrò come con molta verisimiglianza la morte si doveva far risalire ad una intossicazione da jodio. La ricerca chimica dimostrò in 100 gr. di sangue, 1,6 mg. di jodio e 6 mg. in 100 gr. di urina; i polmoni mostravano un forte grado di edema. Un tale caso basta a dimostrare la pericolosità di questo metodo abortivo, il quale può a prima vista sembrare molto pratico, sia per la rapida distruzione dell'embrione e quindi per la rapidità con cui si consegue l'aborto, sia per le spiccate qualità antisettiche del mezzo usato, la tintura di jodio. Ma alcuni casi simili a quello descritto, misero in guardia i fautori del metodo, alcuni dei quali pensarono di poter rendere innocua l'azione dello jodio mescolando questo con dei grassi.

Furono così fabbricate delle pomate a base di jodio (al 10 %) che presero in commercio vari nomi invitanti. Ed eccone i risultati: una donna di 25 a., al 3° mese di gravidanza, ebbe iniettata nell'utero una di queste sostanze. Subito si ebbe tosse da irritazione che cessò momentaneamente dietro somministrazione di un calmante, per riprendere dopo alcune ore, accompagnata da un peggioramento dello stato generale.

Si notava intanto emorragia dai genitali, cianosi delle labbra, polso piccolo e debole, mancanza di respiro, azione cardiaca indebolita. L'utero si palpava 3 dita trasverse al di sopra del pube. Si fece diagnosi di embolia polmonare. Intanto l'aborto si era verificato ed il feto e la placenta sporgevano in vagina.

Il quadro polmonare andò lentamente peggiorando nelle ore successive: un esame delle urine dimostrò la presenza di cilindri jalini, di epiteli e leucociti. La paziente morì a 48 ore di distanza dalla iniezione abortiva col quadro della insufficienza respiratoria. L'autopsia dimostrò una embolia gassosa diffusa a tutto il polmone. La causa di morte fu quindi l'iniezione abortiva praticata: e ciò particolarmente per il fatto che i grassi adoperati in questi miscugli abortivi hanno un punto di fusione inferiore a 87°, fatto che facilita il loro ingresso nel torrente circolatorio.

Da tutto quanto si è detto risulta la grave pericolosità di questi vari mezzi abortivi, pericolosità, che ne controindica assolutamente l'uso, specialmente nella pratica ambulatoria.

G. LA CAVA.

La cura chirurgica del torace imbutiforme congenito.

(SAUERBRUCH. *Arch. z. Chir.*, 1932, v. 234, p. 760).

Già nel 1913 Sauerbruch aveva proposto un intervento chirurgico per il torace imbutiforme (Trichterbrust) congenito, consistente nella resezione della parte inferiore dello sterno. In questa maniera vengono a ridursi i fenomeni di compressione con le loro conseguenze sulla topografia e sulle funzioni dei polmoni e del cuore.

Il Sauerbruch ha trattato 4 casi con questo metodo, con buoni risultati. Un caso è stato operato da Lexer con buoni risultati.

L'intervento consiste in 2 incisioni longitudinali con sezione delle coste (dalle 5ª alla 8ª o alla 9ª) in corrispondenza delle art. condro-costali. Quindi vengono passate 2 lunghette trasversalmente dietro lo sterno. Le estremità delle lunghette stesse vengono saldamente annodate davanti al torace, e vi viene applicato un apparecchio ortopedico di trazione dal basso in alto a paziente disteso. In questa maniera lo sterno viene lentamente sollevato e dopo un certo numero di giorni, è giunto ad un livello tale da lasciare uno spazio sufficiente agli or-

gani toracici. Allorquando si sia formato un callo sufficientemente solido, si toglie il tiraggio.

Nel caso di Sauerbruch, che è per ora il primo nella letteratura, si ebbe una buona restituzione di forma del torace, e una scomparsa dei disturbi di circolo. A. CALÒ.

La trasfusione di sangue nelle osteiti purulente delle ossa craniche.

(E. PALLESTRINI. *Il Valsalva*, nov. 1931).

L'A. riferisce su due casi clinici, in cui la trasfusione di non grandi quantità di sangue (250 cmc. in un adulto di 36 anni e 200 in un bambino di 3) ha avuto un successo rapido e completo; nel caso di mastoidite bilaterale operata contemporaneamente nel bambino con broncopolmonite si è ottenuta la risoluzione di questa e l'immediata ripresa del processo di granulazione e di cicatrizzazione delle ferite.

La trasfusione sanguigna può recare grandi vantaggi in molte affezioni a tipo emorragico, infiammatorio, tossico e discrasico, quando venga praticata su precisa indicazione e l'organismo sia in grado di rispondere ancora attivamente allo stimolo da essa determinato. Nel caso particolare della cura di osteiti progressive delle ossa craniche, i casi dell'A. ne dimostrano l'efficacia notevole. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Malattie da virus filtrabili e sconosciuti. Vol. VI, Parte IV del Trattato Italiano di Igiene. Un vol. in-8° di pag. 416, con una tav. e 128 fig. in parte a più colori. Unione tipografico-editrice torinese, 1932. Prezzo L. 55.

Si inizia, con questo volume del noto Trattato diretto dal prof. O. Casagrandi, la trattazione della Epidemiologia speciale. Sono qui considerate le malattie da virus filtrabili e sconosciuti, che includono infezioni della massima importanza igienica ed epidemiologica.

I singoli argomenti sono svolti da chi su di essi possiede una particolare competenza. Il vaiuolo è trattato in buona parte dallo stesso Casagrandi (di cui sono ben conosciuti gli interessanti ed originali studii sull'eziologia), con la collaborazione di P. Vagliasindi e di A. Cincinnati ed usufruendo anche degli scritti di A. Celli e di A. Scarpellini; costituisce la monografia più esauriente sull'argomento, anche per quanto riguarda la preparazione ed il controllo del vaccino.

Diamo l'elenco degli altri argomenti trattati con i nomi dei rispettivi autori; Morbillo e scarlattina (M. Declich); Parotite epidemica (G. Sangiorgi); Poliomielite anteriore (G. Dessy); Encefalite letargica (G. Brotzu); Tracoma (G. Sangiorgi); Varicella (A. Seppilli); Reumatismo articolare acuto (A. Ilvento); Tumori maligni (P. Sanfelice). *fil.*

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sezione IV, Parte VI, II metà, fascicolo 5. Un vol. in-8° di pag. 217, con fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1932. Prezzo RM. 14.

Questa puntata che completa il volume sui metodi di chimica e fisica applicate, del noto trattato diretto da Abderhalden tratta i vari argomenti riguardanti l'apparato digerente. La tecnica e la metodica della gastrofotografia (J. Heilpern e O. Porces). I metodi per lo studio della composizione e dell'azione della flora intestinale (M. Schieblich). I metodi viscerografici e la loro applicazione all'uomo, sano ed ammalato (D. Danielopolu). La trasposizione extracutanea permanente degli organi interni (H. Molitor) e, da ultimo, la metodica per le fistole permanenti negli uccelli (F. Groebels e H. Never). La monografia più lunga e più interessante per chi non è specialista è quella sulla flora intestinale, in cui si accenna anche ai metodi ed ai risultati ottenuti nello studio della vita senza microbi. *fil.*

A. LUMIÈRE. *Leben, Krankheit und Tod, als Kolloid-Erscheinungen.* Un vol. in-8° di 128 pag. con 30 fig. e 17 tav. a colori. Franck'sche Verlagshand. Stuttgart.

Il titolo di questo lavoro ne indica di per sè l'indole. I misteriosi problemi della vita, della malattia, della morte, che da secoli affannano la mente umana, sono stati, volta a volta, considerati secondo le teorie del tempo. È un fatto che la chimica fisica e soprattutto le teorie sui colloidi hanno ora gettato molta luce anche su molti fenomeni biologici.

L'A. sostiene la tesi che, siccome tutti gli esseri viventi (piante ed animali) sono costituiti da materiali che si trovano in stato colloidale, non vi è vita al difuori di questo stato e che i fenomeni vitali dipendono dallo stato colloidale. Con la demolizione dell'edificio colloidale, con la flocculazione, si ha la malattia e la morte.

Espone nella prima parte, le nozioni generali sullo stato colloidale della materia e, nella seconda, i processi vitali nei loro rapporti con le proprietà dei colloidi, per passare poi ai fenomeni di flocculazione nelle diverse malattie. Tratta, quindi, largamente i fenomeni di « shock » (traumatico, infettivo, epilettico, tireotossico, eclamptico, ecc.) che riferisce tutti a fatti di flocculazione colloidale, sulla quale basa anche la terapia mediante la desensibilizzazione, la stabilizzazione dei liquidi organici, l'allontanamento dei prodotti di flocculazione, ecc.

Osservazioni indubbiamente interessanti, sebbene alquanto unilaterali, perchè più che al-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tro basate sui fenomeni di « shock ». Fatto innegabile che nei tessuti viventi si abbiano fenomeni colloidali: manifestazioni che noi vediamo, non essenza del processo vitale, di cui ci sfugge sempre l'intima causa.

La visione sintetica del Lumière può però costituire un ardito indirizzo della scienza moderna ed è bene che sia conosciuta da quanti si interessano a questi problemi di cultura superiore, che potranno anche essere base di future applicazioni pratiche. La buona traduzione di O. Einstein è completata da alcune aggiunte dello stesso traduttore. *fil.*

Actas del Primer Congreso nacional de Patologia digestiva. Due voll. di complessive pag. 794.

Nel marzo dello scorso anno si tenne, a Valenza, il primo Congresso spagnuolo di patologia digestiva, presieduto da R. F. Rodriguez Fornos e frequentato da circa 300 congressisti.

A cura del dott. R. Orero, segretario del congresso, sono qui raccolti gli atti: relazioni, comunicazioni, discussioni e cronaca. Il medico vi troverà argomenti di notevole interesse. Citiamo: Le alterazioni gastro-intestinali di origine digestiva (T. Hernando); Il trattamento medico dell'ulcera gastro-duodenale (F. Gallart-Monès) e quello chirurgico (J. Puig Sureda); La diagnosi radiologica dell'esofago (M. e F. Arce); La dilatazione gastrica acuta postoperatoria (Lluesma Uranga); Complicazioni digestive dell'influenza (D. Moxo); Il tipo costituzionale in patologia epatica (E. Oliver Pascual); Lo stomaco ed il duodeno normali, vasto studio anatomo-radiologico di M. Taure Gomez.

fil.

Wiener Archiv für innere Medizin. Vol. XXIII, fasc. 1. Con 21 fig. e 26 grafici. Urban e Schwarzenberg, Wien 1932. Prezzo RM. 20.

Con questo numero, nella direzione dell'Archivio, ai Proff. W. Falta e K. F. Wenckebach, si aggiunge il prof. N. Jagic. D'ora innanzi, non vi si accoglieranno più lavori molto lunghi, in modo da permettere, senza un'eccessiva voluminosità dei fascicoli, la pubblicazione di tutti i lavori più significativi delle cliniche viennesi.

Il numero comprende 11 studi, fra cui citiamo: Rapporti fra anemie e malattie del tratto gastro-intestinale (N. Jagic e R. Klima); Processi vasali spastici ed obliteranti con e senza disturbi ischemici-nutritivi (J. Bauer e G. Recht); Determinazione della pressione media relativa nell'uomo (K. Gotsch e O. Klein); Cianosi autotossica (K. Hitzenberger); Significato della milza nel ricambio dei carboidrati (E. Flaum e A. Schlesinger); Influenza dell'iperinsulinizzazione sull'iperglicemia alimentare (R. Boller e K. Ueberrack). *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Roma, 19-22 ottobre 1932.

(Continuazione; ved. num. prec.).

Seduta in comune con il XXXIX Congresso di Chirurgia.

PARTE CHIRURGICA.

Le epatiti croniche (comprese le cirrosi).

Proff. G. PASCALE e A. CHIARIELLO (Napoli).

Conclusioni.

EPATITI CRONICHE DAL PUNTO DI VISTA CHIRURGICO.

1) *Le epatiti da colecistite.*

Se si volesse riassumere quanto risulta dalle osservazioni di Graham, Peterman e Priest, ecc. e dalla nostra personale esperienza, si potrebbe dire che tranne le forme a tipo suppurativo, che non sono frequenti, le alterazioni che si riscontrano nel fegato, sono per lo più negli spazi interlobulari, sotto forma di epatite interstiziale cronica con sclerosi pericanalicolare e perivasale.

2) *Le epatiti secondarie ad appendicite, stasi intestinale cronica, ulcera gastro-duodenale, ecc.*

Gli articoli che ha dedicato a tale problema il Solieri, introducendo fin dal 1913 in letteratura il termine « sintonia patologica dell'addome destro » e la relazione dell'anno scorso alla Soc. di Chirurgia sulla « Sindrome addominale destra » ampiamente svolta dal Leotta, stanno a dimostrare come non si possano più studiare isolatamente i singoli quadri morbosi, ma occorra invece dare uno sguardo sintetico alla complessa fenomenologia, in modo che la terapia possa essere indirizzata non solo all'organismo che per la sua sintomatologia predominante più richiama l'attenzione, ma anche a quegli organi da cui è partita l'infezione primaria. Ora, anche se ad un semplice sguardo d'insieme a nessuno sono mai sfuggiti gli intimi rapporti, vascolari, linfatici ed anatomici che corrono tra fegato e vie biliari da una parte, e colon, appendice, regione gastro-duodenale, pancreas dall'altra, è da notare che mentre per es. il termine di sindrome entero-renale, secondo Heitz Boyer, è molto diffuso in letteratura, non si è mai parlato di una sindrome che sintetizzi le correlazioni esistenti fra fegato ed altri organi.

E che esistano tali rapporti lo dimostra anche il fatto che esiste un netto parallelismo tra lesioni epatiche e quelle intestinali, in quanto che con l'aggravarsi di queste anche le prime si aggravano, mentre i disturbi epatici rapidamente si emendano, quando migliorano le turbe intestinali.

Le lesioni che possono ripercuotersi sul fegato si localizzano, con una certa frequenza, sulla superficie del fegato stesso, determinando delle lesioni di periepatite localizzata, sia sulla superficie convessa ma più spesso sulla superfice concava, in vicinanza del crocicchio sottoepatico. Ne viene di conseguenza che il fegato contrae aderenze a tipo più o meno sclerotico con numerosi organi vicini:

cistifellea, duodeno, colon, pancreas, ecc. ma lesioni, anche di una certa importanza, si possono riscontrare in pieno parenchima epatico e varie possono essere le cause che le hanno determinate, in quanto che lesioni dell'appendice, del colon, dell'epiploon, le periviscerili digestive, insomma tutte quelle lesioni che il Leotta ha raggruppato nella sindrome addominale destra e se vogliamo tutte quelle che si potrebbero raggruppare in una cosidetta sindrome addominale totale, possono ripercuotersi sul fegato.

Nei riguardi dell'appendicite è noto come siano numerosi gli studi che dimostrano la frequente associazione di lesioni della cistifellea con quelle dell'appendice stessa.

Ma essendo anche frequenti in questi casi le lesioni del parenchima epatico si ricade nella discussione se si debba considerare il fegato come lesione primaria e la cistifellea come lesione secondaria oppure ammettere il contrario, tanto più se si pensa che in questi casi Muscatello afferma che poichè mancano dirette connessioni, linfatiche e sanguigne tra i due organi, si deve ammettere nella maggioranza dei casi che l'infezione proveniente dall'appendice raggiunga la vescichetta attraverso il fegato.

Ma coloro i quali, come ho già precedentemente ricordato, hanno guardato il complesso problema in una maniera sintetica e più comprensiva, sono i nostri Solieri e Leotta. Il primo con la sindrome da lui definita « sintonia patologica dell'addome destro » pensa che l'appendice ammalata provochi, attraverso l'arco nervoso riflesso vago-simpatico, turbe motorie del piloro e del duodeno con conseguenti complicanze della colecisti ed allo sfintere di Oddi. Ciò ha, con ogni probabilità, per effetto un viziato deflusso ed un ristagno della bile nella colecisti con le conseguenze facili di inquinamento batterico, di alterazione del contenuto e di flogosi della parete.

Il Leotta poi nella relazione del decorso anno trattò delle sindromi associate dell'addome destro, dimostrando come occorra conoscere il quadro clinico ed anatomico nella sua complessità e non uno solo dei suoi dettagli.

3) *Epatiti da colostasi ed altre varietà di itteri di interesse chirurgico.*

Numerose ricerche cliniche e sperimentali hanno ben descritto il quadro anatomo-patologico dell'epatite colostatica. Le alterazioni che per il solo ristagno della bile si manifestano nel parenchima epatico sono presenti fin dalle prime ore.

Un altro fatto bene stabilito dall'esperimento è la formazione della cirrosi colostatica dovuta allo sviluppo di un tessuto sclerotico per cui viene a realizzarsi una vera cirrosi cicatriziale, che sviluppandosi prevalentemente intorno ai lobuli dà a questa cirrosi biliare un aspetto perilobulare, senza perciò aversi un profondo mutamento strutturale del disegno lobulare e della trama cellulare interlobulare.

Le cose procedono diversamente nelle ostruzioni accompagnate da infezione, in quanto che allora non è necessario che si realizzi l'occlusione completa per aversi l'ittero: l'infezione rende manifesto un ittero, anche quando l'occlusione sia parziale. Non sempre però, dal punto di vista istologico, è dato poter ammettere o escludere senz'altro l'associazione del fattore infezione, perchè si è visto che molti dei segni che erano interpetrati come l'espressione della partecipazione infettiva sono stati notati anche come nei casi di colostasi pura.

Quando però la stasi biliare permane per molto tempo si vengono a stabilire delle lesioni che possono persino realizzare il quadro di una cirrosi anulare. Queste alterazioni sono state descritte da molti AA. e, sebbene sulla loro interpetrazione vi sia ancora qualche discussione, la descrizione istologica non presenta sensibili variazioni da un autore all'altro.

La terapia degli itteri da ostruzione è, da quanto siamo venuti esponendo, prevalentemente chirurgica.

Saranno necessari naturalmente tutti quei procedimenti preoperatori che possono mettere l'infermo in migliori condizioni di resistenza.

In genere si può dire che nei casi di calcolosi, se vi è febbre di ittero e questi persistono senza alcuna tendenza a cedere, è bene attendere solo pochi giorni per intervenire, ma se pur essendo completa l'ostruzione non vi è febbre si possono attendere anche due, tre settimane prima d'intervenire. Naturalmente questo periodo può essere ancora protratto di qualche settimana, se l'ittero non è completo e intermittente, ed in questi casi è bene fare coincidere l'intervento con un periodo di ittero meno intenso.

Accenniamo brevemente all'*ittero emolitico*: solo perchè quest'affezione può dar luogo ad una epatite cronica e perchè l'intervento chirurgico è particolarmente indicato in tale forma morbosa. Questa non può avere una larga trattazione in questo lavoro, tanto più che fu oggetto di relazione da parte di Micheli e Cappelli nel 1924 e successivamente di Micheli nel 1929.

POSSIBILITÀ CHIRURGICHE

NELLE ATROFIE ACUTE E SUBACUTE DEL FEGATO.

Non è infrequente che al clinico si presenti il dubbio diagnostico se egli sia in presenza di un ittero infettivo o di una ostruzione della via biliare principale di natura calcolotica, con eventuale concomitanza di angiocolite.

Orbene, questa difficoltà diagnostica ha fatto fare una osservazione interessantissima. Il chirurgo che è intervenuto in questi casi per un ittero da ostruzione, non avendo riscontrato assolutamente nulla a carico delle vie biliari ha praticato, « per fare qualche cosa », una colecistostomia. Non pertanto l'infermo si è decolorato rapidamente; e le condizioni generali sono migliorate. La bile, come in un recente caso di Chabrol, Brocq e Porin, cominciò a fluire nella prima ora dopo l'intervento, intensamente nera ed il suo volume raggiunge i 150 grammi nello spazio di 25 ore. Il flusso biliare si mantenne a tale livello per tre giorni, poi diminuì progressivamente, mentre che la tinta nero-scura faceva posto ad un colorito arancio. La quantità dei pigmenti nella bile raccolta nei primi tre giorni fu 20 volte più elevata di quella della bile giallo-oro, che fu raccolta nel corso della seconda settimana.

In tutti i casi fu esaminato il fegato, o mediante una biopsia o al tavolo necroscopico, fu riscontrata costantemente una epatite a carattere interstiziale con profonde alterazioni anche a carico delle cellule parenchimali e delle cellule di Kupfer. Ora qual'è l'alterazione primitiva predominante? So-

no le lesioni epatiche o quelle canalicolari le primitive? I concetti attualmente dominanti in patologia tendono ad ammettere che l'epatite sia la lesione primordiale e che la glandola epatica, come altre glandole dell'organismo, regoli la patologia dei suoi canali secretori.

Chabrol, Brocq e Porin, sebbene nel loro caso la cistifellea fosse non distesa, senza calcoli, con coledoco normale, senza la minima vascolarizzazione, pancreas non indurito, stomaco e duodeno normali, richiamano l'importanza della coledocite nel determinismo di certi itteri infettivi, tesi già sostenuta da Gosset nel 1908 e da Charrier e Thalheimer nel 1929.

Per chi ammette una coledocite, cosa però che spesso è tutta da dimostrare, in quanto che non si nota la benchè minima alterazione del dotto, la colecistostomia agirebbe sul coledoco come fa la gastroenterostomia per il canale pilorico, mettendo cioè a riposo il dotto infiammato.

Più difficile è spiegare la influenza benefica secondo la concezione dell'epatite primitiva. Deplas e J. Meiller danno la seguente interpetrazione: « La colecistostomia mette a riposo la cellula epatica, così come l'epicistostomia apporta sollievo al rene degli urinari infetti ».

Ma qualunque sia l'interpretazione, resta incontestabile il fatto che talvolta con un minimo intervento chirurgico si risolve una situazione che appariva disperata, il che autorizza ad intervenire di fronte ad un ittero che permane da molto tempo, specie poi se si considera che è sempre possibile trovare dei calcoli biliari, che naturalmente vanno senz'altro rimossi.

A complemento di queste rapide osservazioni, diremo che il drenaggio delle vie biliari dovrà essere presente al nostro spirito, non solo perchè l'intervento, potendo mettere in luce un errore di diagnosi, può dimostrare che il caso è senz'altro suscettibile di cura chirurgica, ma anche perchè detto intervento apporta spesso benefizio anche nei casi di epatite primitiva. Ciò sarebbe dovuto al fatto che, con l'eliminazione duratura e continua della bile stagnante, si ha decompressione del parenchima epatico, per sè stesso capace di ripigliarsi, con eliminazione di una parte dei prodotti di disintegrazione epatica altamente tossici e esclusione del circolo biliare.

Difatti i casi operati di atrofia giallo-acuta arrivano forse al centinaio, e di questi il 50 % è guarito in seguito all'intervento.

LA CHIRURGIA DELLA CIRROSI EPATICA.

A noi spetta sopratutto il compito di riferire sulle possibilità terapeutiche che ha la chirurgia nella cura delle cirrosi epatiche, sia che questa possa costituire una terapia fine a sè stessa, sia che possa efficacemente coadiuvare la terapia medica nell'arresto della naturale evoluzione della malattia stessa.

Numerosi sono stati i contributi degli italiani fin dalle prime osservazioni. Ricordiamo fra i primi contributi quelli di Pascale, Schiassi e Tansini. Il metodo classico di Talma che è anche conosciuto sotto il nome di operazione di Morrison e di Drummond-Morrison consiste nella fissazione dell'omento al peritoneo parietale per un tratto più o meno esteso, distendendolo per quanto è possibile in modo da farlo affrontare al peritoneo parietale ed evitando che nella sutura del peritoneo capiti un tratto anche minimo di epiploon. Ricordiamo che Eiselberg aveva pensato di fissare l'epiploon nella ferita ma questo intervento fu abbandonato.

Pascale pensò di applicare largamente questo metodo aggiungendovi però delle opportune modificazioni. Dopo aver proceduto alla laparotomia mediana, egli escisse ed asportò la porzione fibrosa della linea alba, mettendo così a nudo i tessuti che concorrono alla formazione della parete stessa ed escidendo anche la cicatrice ombelicale. Egli anzi, dopo aver dissecato lateralmente il peritoneo dai muscoli, distende ed allarga ampiamente tutto l'epiploon fissandolo in basso 2 o 3 cm. dalla cicatrice ombelicale e ponendolo lateralmente quanto più è possibile lontano dalla ferita. L'epiploon è fissato con dei punti di seta che comprendono a tutto spessore le pareti addominali. L'epiploon che è stato così fissato al peritoneo viene stirato sotto cute specie dove fu estirpata la cicatrice ombelicale.

Lo Schiassi ha contribuito al perfezionamento della tecnica di questa operazione, dimostrando come le preoccupazioni che si avevano contro la inclusione dell'epiploon nella ferita laparotomica, per cui l'epiploon doveva essere fissato semplicemente al peritoneo parietale, non fossero esatte. Anzi occorreva aumentare le vie collaterali, utilizzando non soltanto le vie collaterali che si vengono a stabilire con le aderenze tra epiploon e peritoneo parietale ma anche quelle che si possono stabilire mettendo a contatto l'epiploon stesso con delle regioni riccamente vascolarizzate, come sono quelle delle pareti anteriori dello addome, dove confluiscono due sistemi venosi importanti, quello tributario delle epigastriche e quello tributario della mammaria interna.

Fra le modifiche più importanti portate all'omentopessia ricordiamo sopratutto quella di Bakes il quale nel 1904 pensò di innestare il peritoneo tra la capsula renale denudata ed il rene stesso, ciò allo scopo di migliorare la circolazione collaterale in un nefritico. Si potè stabilire come negli animali ai quali era stato praticato un siffatto intervento si sviluppasse una ricca rete collaterale, per cui numerosi ricercatori, e tra questi Isobe, Omi, Liek e tra i nostri, Parlavecchio, Taddei e Frassi fecero a questo proposito molte osservazioni interessantissime. Dimostrarono per es. che gli animali, in cui si era venuta a stabilire una ricca rete collaterale, tolleravano benissimo la legatura della porta. Cosicchè venne a stabilirsi che questa operazione, formando delle vie collaterali renali, veniva a costituire anche una ottima via collaterale in caso di ostacolato deflusso nel sistema portale. Questo tipo di intervento ebbe anche la sanzione della clinica, in quanto che due Autori giapponesi, Torikata e Mori, riferirono il primo su due casi ed il secondo su tre, nei quali erano intervenuti per lesioni epatiche di natura cirrotica. I risultati che se ne sono ottenuti sono abbastanza buoni, per cui il metodo avrebbe forse meritato una maggiore diffusione, ma noi pensiamo che il maggiore ostacolo alla maggiore conoscenza di questa tecnica è da attribuirsi alla maggiore gravità dell'intervento ed è noto che questi infermi non possono sopportare interventi troppo laboriosi. Vi è inoltre che non sempre è possibile disporre di un omento così lungo da poter comodamente raggiungere il rene e si è per di più te-

nuto che questo omento dovesse finire, così disposto, con l'esercitare una compressione sull'intestino.

Sull'utilità invece della splenectomia nelle cirrosi, bisogna intendersi, inquantochè se la splenectomia può essere indicata, come avremo opportunità di riferire in seguito, nelle cirrosi a tipo splenomegalico, in quelle a tipo venoso non ha dato efficaci risultati; che anzi, data la gravità dello intervento, costituisce un indubbio aggravamento della prognosi di questi infermi.

Sorvolando su tutte le numerose statistiche, diremo solo che il più recente e completo contributo all'operazione di Talma è quello di Bircher (junior); il quale nel 1930 riferisce che in 20 anni ha operato 29 casi (venti uomini e 9 donne). Dopo oltre due anni dall'operazione 14 ammalati (quasi la metà) non avevano più bisogno di essere punti per la loro ascite. Da indagini accurate nella letteratura egli ha potuto raccogliere 343 casi di operazione di Talma coi seguenti risultati: guarigione 33 %, miglioramento 13 %, nessun miglioramento 48 %, mortalità 6 %.

Ora, senza voler riportare interamente nel campo clinico le conclusioni sperimentali, sta di fatto che quando è possibile diminuire l'apporto del circolo portale e quindi quello di tutte le sostanze ad azione cirrogena che inevitabilmente attraverso di esso raggiungono il fegato, la deviazione del circolo portale con l'omentopessia apporterà non solo un miglioramento nel disturbo idraulico ma permetterà, appunto per le ragioni anzidette, un ripristino, sia pure parziale, delle alterazioni del parenchima epatico.

In altri termini, in questo come in altri interventi il problema è sopratutto di tempestività: se si pensa che questo intervento possa apportare qualche beneficio, lo si deve praticare fin dall'inizio, e non affidare l'infermo al chirurgo quando lo si considera definitivamente spacciato.

* * *

Numerosi altri interventi sono stati consigliati nell'ascite da cirrosi epatica. A parte quelli che sono rimasti semplicemente dei tentativi, inquantochè non sono stati ulteriormente ripetuti, possiamo dire che tutti gli altri tipi di interventi si riducono essenzialmente a due: uno che è basato sul principio di drenare comunque il liquido in altre parti del corpo allo scopo di non disperdere il liquido stesso e favorirne così il riassorbimento, e l'altro che consiste nelle anastomosi tra la vena-porta e le vena-cava oppure tra radici della prima e radici della seconda, allo scopo di deviare il circolo della vena-porta nella grande circolazione venosa, abolendo o riducendo l'apporto di sangue della porta al parenchima epatico.

Per quel che riguarda la cura con i drenaggi, la deviazione del liquido ascitico è stata tentata utilizzando le più differenti vie. Si pensò per es. di far comunicare direttamente la cavità addominale con il connettivo sottocutaneo. Se da un punto di vista strettamente teorico non vi sarebbero delle controindicazioni vere e proprie ad un siffatto metodo, in quanto che nessun nocumento ne dovrebbe venire all'ammalato dal passaggio di detto liquido ascitico direttamente nel connettivo sottocutaneo della parete addominale, pur tuttavia tali metodi non hanno potuto trovare una seria applicazione, inquantochè, mentre il drenaggio non sempre è assicurato, d'altra parte costituiscono sempre dei pericoli per l'infermo sia dal punto di vista di una infezione della grande sierosa peritoneale sia per la possibilità che si formino delle ernie della regione. Tale appunto può farsi anche alla tecnica proposta dello Jaboulay e poi ripresa dal Narath e che consiste nel praticare ugualmente la piccola incisione laparotomica ma di utilizzare, come drenaggio nel sottocutaneo, il grande epiploon che viene portato fuori e fissato sotto cute, senza suturarlo, altri rilievi si potrebbero fare a questo metodo, tra cui sopratutto quel lo che la possibilità di un'ernia post-operatoria ne viene ancora di più ad essere facilitata lungo il drenaggio e che il risultato che si sperava può essere frustrato da una precoce obliterazione della breccia praticata.

Fu poi utilizzato il drenaggio con i fili di seta, ma, di fronte agli inconvenienti di tale drenaggio, si è acuita la capacità inventiva degli Autori i quali hanno utilizzato le più svariate sostanze. Franke ha utilizzato un filo di argento torto su sè stesso a guisa di treccia; altri hanno utilizzato i tubi di gomma che se piccoli sono facilmente schiacciati e se grossi lasciano una grossa breccia e non sono neanche innocui se lasciati per molto tempo nel sottocutaneo.

Furono poi utilizzati i tubi di Peterson i quali sono fatti di vetro a specie di bottone di camicia, di lunghezza e spessore varii, con le due estremità arrotondate, i quali cilindri nella loro parte mediana portano una sottile apertura.

Ricordiamo ancora i metodi che hanno utilizzato i trapianti di tessuto, su cui vi erano già esperienze di diversi Autori.

Un'idea molto più ingegnosa l'ha avuta il Ruotte, il quale dopo aver isolato in anestesia locale la vena safena dal suo sbocco in giù e per un tratto di circa otto centimetri, la sezionava, e mentre il suo capo periferico veniva legato, il suo capo centrale, ribattuta in alto la vena e facendola passare per via sottocutanea al di sopra dell'arcata di Poupart, veniva innestato nella cavità addominale.

All'epoca della pubblicazione del Frassi i casi pubblicati erano circa una trentina e, senza fare una disamina isolata di questi, si può dire che l'operazione presenta degli innegabili meriti sia dal punto di vista tecnico dato che è una operazione assolutamente benigna e di non difficile tecnica operatoria e sia perchè i risultati ottenuti sono stati in genere discreti. Detta operazione potrebbe utilmente associarsi con quella di Talma, di cui se non ha forse il merito di un'azione prolungata ha quello indubbiamente di una più rapida efficacia e di una maggiore benignità dell'intervento. In questi ultimi anni però questa operazione è stata poco praticata ed ai trenta casi riferiti dal Frassi nel 1914, pochi altri se ne sono aggiunti in questi ultimi tempi, pure essendo stati questi, in genere, seguiti da successi. In Olanda il Kebrer l'ha applicata utilmente in due casi, altri due casi sono stati operati da Mikuli ed uno studio più completo è stato fatto in Russia dallo Zacharjan.

Sembrerebbe quindi che questo intervento potesse meritare un certo posto nella terapia chirurgica dell'ascite da cirrosi epatica, ma non crediamo che la semplice derivazione del liquido ascitico possa apportare un sensibile migliora-

mento nella maggior parte dei casi, in quanto che tutti questi drenaggi non hanno in fondo che il compito di ovviare ad una delle manifestazioni della malattia, per cui pensiamo che l'operazione di Ruotte, solo se integrata con l'operazione di Talma, potrebbe dimostrare una certa utilità.

Una maggiore letteratura hanno avuto le anastomosi vasali, ed è merito del nostro Tansini di avere apportato un largo contributo di esperimenti alla tecnica dell'anastomosi tra vena porta e vena cava, che aveva proposto l'Eck in fisiologia. Bandito il concetto di poter eseguire un innesto totale della vena porta nella cava si pensò ad una anastomosi latero-laterale, cosa che d'altra parte non è priva di inconvenienti, in quanto che non è senza influenza sulla cellula epatica la sospensione sia pure temporanea della circolazione portale, oltre alle probabili alterazioni delle pareti vasali stesse che si possono venire a stabilire.

Il Frassi ha dimostrato sperimentalmente i perturbamenti di ordine generale e le alterazioni di ordine particolare che si vengono a stabilire nei cani in seguito a legatura temporanea o a compressione temporanea della porta.

L'operazione di fistola di Eck proposta per primo da Tansini per la cura dell'ascite fu eseguita per la prima volta da Vidal, poi dal De Martel, indi dal Lenoir e tutti i casi furono seguiti da morte. Il Bier eseguì la sutura latero-laterale, ma dovette interrompere l'intervento per le forti emorragie e per le ecchimosi che si manifestavano del peritoneo. A parte le virtuosità di tecnica, che non possono invogliare alcun chirurgo, data la speciale labilità di questi infermi, tali interventi non sono da consigliarsi data anche la profonda differenza che passa tra il sangue della circolazione portale ed il sangue della circolazione generale. Esperienze a tal proposito condotte da uno di noi (Chiariello), estese anche ad altri elementi del sangue stesso, hanno confermato quanto altri Autori avevano dimostrato.

Ma a parte queste considerazioni di ordine biologico, e quelle che tengono presente sopratutto il disturbo idraulico, su cui già uno di noi (Pascale) ha precedentemente insistito ed anche se in qualche caso di anastomosi laterale della vena cava inferiore con la vena porta come in quello di Rosenstein si è avuto una lunga sopravvivenza, nessuno penserà di poter estendere una operazione così grave, per la quale lo stesso Moynihan dichiarava che non aveva alcuna intenzione di farsi una esperienza.

Gli Autori hanno pensato allora di utilizzare le collaterali dei due sistemi venosi per deviare per lo meno in parte il circolo portale e numerosissime sono le tecniche proposte. Yani e Franke si servirono della mesenterica e della renale; Villard e Tavernier praticarono un'anastomosi tra le vene spermatiche e quelle mesenteriche, ma l'inferma morì tre giorni dopo.

In un secondo momento questi Autori, in base a ricerche anatomiche, hanno consigliato l'anastomosi dell'utero-ovarica di sinistra con il tronco della mesenterica inferiore.

Bogoraz e Krestiowky anastomizzarono la vena mesenterica superiore alla cava.

Jeger, data la difficoltà di accesso della porta, propone l'anastomosi della cava con il ramo principale della vena mesenterica superiore, in corrispondenza della porzione ascendente del duodeno.

Sorvolando su altre modalità di anastomosi proposte e che in genere sono rimaste solamente nel campo sperimentale, ricorderò il contributo di Ghiron, il quale, dopo averla largamente sperimentata nei cani, ha proposto ed ha eseguito nell'uomo l'anastomosi della mesenterica inferiore con la iliaca. L'Autore riporta due casi con esiti discreti.

Da un punto di vista generale non possiamo dire che questi interventi sui vasi siano suscettibili di grande diffusione. Essi, a nostro avviso, sono destinati a rimanere dei casi isolati, anche se talvolta vengono registrati dei successi. Si tratta, come dicevamo, di interventi di una rilevante entità operatoria, non scevri di pericoli immediati post-operatori, sopratutto se si pensa che questi infermi in genere non possono sopportare dei grossi interventi. Non si possono d'altra parte non tenere presenti gli inconvenienti di ordine clinico, batteriologico e tossico che la brusca immissione di una larga parte del sangue del circolo portale nella cava potrà asportare.

Le anastomosi tra i rami collaterali dei due sistemi potranno ovviare in parte a questi inconvenienti, ma le difficoltà operatorie permangono le stesse se non forse più aggravate e si deve aggiungere che data la piccolezza relativa dei vasi è più facile il pericolo delle trombosi.

Ricordiamo infine, prima di chiudere questo capitolo sulla chirurgia vasale, che il Moynihan, allo scopo di diminuire la vascolarizzazione del fegato ed inibire così la neoformazione del tessuto conettivale del fegato, ha proposto la legatura dell'arteria epatica, ma consigliava di legare i due rami separatamente, essendo più agevole e meno pericolosa la legatura dopo la biforcazione del tronco principale. Flerov, basandosi sul fatto che il fegato cirrotico, malgrado l'alterata funzione, permette il passaggio del sangue, considera tale organo come una via ristretta della vena porta. Ne deriva quindi, per portare un equilibrio alla situazione così creatasi, una necessità di limitare l'afflusso sanguigno. Per arrivare a ciò egli ritiene utile di prendere di mira le ramificazioni viscerali dell'aorta addominale, alle quali appartengono le arterie dello stomaco e del grande epiploon.

Flerov propone così la legatura delle arterie gastro-epiploiche e coronaria stomacica.

* * *

Un capitolo importante è quello relativo alle sindromi epato-spleniche. Uno dei principali quadri morbosi che rientra in questa categoria comprende l'anemia splenica ed il morbo di Banti sia che si vogliano considerare queste due malattie come indipendenti fra di loro sia che si vogliano interpretare come diretta conseguenza l'una dall'altra. Non è nostro compito entrare in una discussione siffatta, ma i risultati ottenuti con la splenectomia nel morbo di Banti ci permettono di poter affermare sulla base non solo della nostra esperienza personale ma anche su quella delle maggiori statistiche al riguardo, che il morbo di Banti, comunque lo si voglia considerare, è suscettibile di cura chirurgica, purchè si intervenga a tempo opportuno.

È merito del nostro Tansini di avere nei casi avanzati di morbo di Banti associato fin dal 1901 alla splenectomia l'omentopesia secondo Talma.

* * *

Il gruppo delle cirrosi ipertrofiche nelle quali la milza è aumentata di volume molto più di quanto non sia nella cirrosi volgare è molto intricato ed è, come dicevamo, non facile orientarsi.

Orbene, che efficacia ha la splenectomia in questo tipo di cirrosi? A scorrere la letteratura, i casi così operati sarebbero parecchi e molti di questi seguiti da successi. Ma si trattava sempre di morbo di Hanot? I due casi di splenectomia di Birt di Shangai possono veramente ascriversi a tale tipo di cirrosi? Micheli ricorda un caso studiato da un suo allievo, il Satta, in cui fu praticata la splenectomia, ma sebbene questa fosse perfettamente riuscita, non si ebbe alcun miglioramento. Allo stato attuale quindi, non abbiamo alcun elemento preciso per affermare o negare l'utilità della splenectomia nel morbo di Hanot: a dirimere questo problema occorrono altre osservazioni, diligentemente studiate.

Di un altro importante gruppo di cirrosi biliari splenomegaliche dobbiamo fare cenno, di cui l'Eppinger ha delineato il quadro clinico ed anatomo-patologico.

Dal punto di vista anatomo-patologico tale forma sarebbe un tipo di cirrosi anulare a tipo ipertrofico, il che la differenzierebbe dal morbo di Hanot, per cui il fegato si presenta irregolare e granuloso, con tendenza alla retrazione e con segni di ostacolo alla circolazione portale. La milza, oltre le note di fibro-adenia, che ricordano in parte quelle del morbo di Banti, avrebbe i segni di una aumentata funzione eritrolitica. Dal punto di vista clinico si osserva epatomegalia, splenomegalia, ittero di origine emolitica, ma che difficilmente raggiunge i gradi intensi del morbo di Hanot, feci colorate, prurito cutaneo, false coliche biliari, accompagnate spesso da febbre.

Tale quadro, così delineato dall'Eppinger, non è ammesso da tutti, ma sta di fatto che oltre ai casi segnati dall'Eppinger stesso, ve ne sono diversi altri registrati nella letteratura, che ricordano tale sintomatologia e che si sono beneficiati della splenectomia.

Come si vede, il problema è molto complesso e non è sempre facile l'orientamento: occorrerà in ogni modo cercare prima di individuare quei quadri morbosi che hanno una fisionomia ben precisa e regolarsi secondo i concetti su esposti.

Seduta pomeridiana (21 ott.).

Presidenza: proff. ALESSANDRI e FRUGONI.

Discussione della Relazione.

M. BUCCO (Napoli). — Si sofferma brevemente sulla parte importante e preminente che il fattore meccanico ha nella produzione dell'ascite e a tale proposito ricorda quei casi di cirrosi (l'O. ne ha osservati due) in cui anomali anastomosi del sistema portale con le esofagee, possono dare un quadro di cirrosi atrofica, senza ascite, in cui spesso l'epilogo tragico è un'ematemesi ed al tavolo anatomico si riscontra la più classica cirrosi atrofica. Ciò dimostrerebbe che quando lo strozzamento circolatorio portale viene compensato per altre vie per anastomosi anormali, l'ascite può mancare.

G. SABATINI (Sassari). — Insiste sulla necessità di ben distinguere il concetto di cirrosi da quello di epatiti croniche, distinzione che implica differenze fondamentali anche diagnostiche, prognostiche e curative.

R. ALESSANDRI (Roma). — Vi sono alcune forme di epatiti croniche in cui non c'è discussione sull'intervento operatorio, e cioè le epatiti consecutive a occlusione delle vie biliari, a lesioni dell'intestino e specie dell'appendice, quelle consecutive a colecistite dette epatiti o cirrosi biliari. In queste è più frequente la diffusione dalla cistifellea al fegato che viceversa. Quando non vengono operate precocemente possono chiamarsi « di intervento ritardato »; la cura ne è la colecistectomia o il drenaggio delle vie biliari.

Nella cirrosi a tipo atrofico (Morgagni-Laennec) l'intervento chirurgico è diretto non solo all'ascite, ma anche alla cura della lesione epatica in quanto la diminuzione della pressione portale permette il ripristino funzionale e la rigenerazione delle cellule epatiche. L'ascite oltre che all'ostacolo del circolo portale è dovuta anche a una alterazione della crasi sanguigna come dimostrano esperimenti in animali portatori di fistole di Eck in cui il pasto carneo provoca la comparsa dell'ascite che manca con dieta carbo-idrata.

L'operazione di Talmà molto usata dà solo talvolta risultati discreti. La fistola di Eck rappresenta un intervento troppo grave. Nella Clinica dell'O. Ghiron ha eseguito un'anastomosi fra un ramo della mesenterica inferiore e la vena iliaca con successo in un caso su quattro; Lozzi un'anastomosi più facile fra la vena mesenterica superiore e la cava (1 caso con un successo). Crede che su questa via si possano ottenere dei successi purchè la cura venga fatta nei casi all'inizio. L'esito fatale della malattia induce a estendere l'indicazione.

Nel gruppo delle cirrosi ipertrofiche carattere comune è la splenomegalia accentuata e il fatto che la milza è spesso l'organo primitivamente colpito. Esempio tipico il morbo di Banti in cui la splenectomia dà guarigioni durature: così la splenogranulomatosi siderotica di Gamna, la splenomegalia egiziana, ecc. Ma nel morbo di Hanot l'interpretazione non è netta; se anche non si accetti il concetto di Eppinger di un'affezione epatolienare è certo che la splenectomia può dare risultati notevoli. Nei casi gravi si potrebbe dare la preferenza alla legatura dell'arteria splenica fatta in un primo tempo e in seguito alla splenectomia.

È in questo campo che una più stretta collaborazione fra medico e chirurgo darà i risultati migliori.

N. LEOTTA (Palermo). — L'O. cerca di portare un contributo alla soluzione del problema della possibilità di cirrosi da lesioni croniche primitive del tubo gastro-intestinale, posto da Tuffier, Moté, Achard e Rössle. Egli ha potuto eseguire l'esame anatomo-macro- e microscopico del fegato, mercè una biopsia epatica praticata durante il relativo intervento, nelle più svariate affezioni croniche dell'addome come: ulcere gastriche e duodenali, colecistiti, periduodeniti, appendiciti

croniche, pericoliti, ecc.; affezioni che rientrano tutte in quelle lesioni che l'O. ha raggruppato nella sindrome addominale destra semplice o con colecistite o con ulcera gastrica o duodenale.

N. Pende. — Ritiene che non si possa ancora oggi abbandonare il concetto clinico-anatomico differenziale della vera cirrosi atrofica genuina di Morgagni-Laennec dalle assai più rare forme di sclerosi epatica nettamente infiammatorie — vere epatiti croniche — d'origine varia, infettiva o tossica, sopratutto da infezioni spleniche o infezioni biliari od altre infezioni esistenti nell'organismo. È vero che anche cause infettive possono concorrere, insieme coi fattori costituzionali predisponenti — abiotrofia delle cellule epatiche — a produrre la vera cirrosi atrofica genuina, ma si tratta sempre di casi rari. Nè ritiene dimostrate bene le cirrosi epatiche da lesioni primarie dell'appendice, dell'intestino, dello stomaco (ulcera), della cistifellea. Qui trattasi forse di sclerosi infiammatorie localizzate secondarie o di stati d'iperplasia secondaria parziale del tessuto degli spazi portali. Anche dal lato terapeutico le cure mediche e chirurgiche devono sfruttare la diversa fisionomia anatomica e clinica delle vere cirrosi atrofiche genuine endogene e tra queste anche certe forme bantiane e bantiformi (splenomegalia egiziana con cirrosi atrofica) e le sclerosi epatiche secondarie infettive, biliari, criptogenetiche.

La stimolazione della funzionalità delle cellule epatiche, per es. con piccole dosi di mercurio, con acque minerali alcaline forse con ormoni stimolatori della funzionalità epatica, apre ancora il campo ad utili tentativi terapeutici in questa malattia, in cui la derivazione del sangue portale, se fatta in tempo, può agire in senso patogenetico, sottraendo la cellula epatica dagli stimoli tossici che pervengono attraverso la porta. Ma sopratutto campo di osservazioni feconde è quello delle correlazioni del fegato con altre glandole sopratutto con la milza, il timo, il pancreas, le glandole endocrine.

Vi sono glandole stimolanti, come la tiroide ed il surrene, e glandole funzionalmente moderatrici della funzionalità, forse del trofismo della cellula epatica, come dalle ricerche dell'O. risulta essere la milza, il timo, forse anche il tessuto insulare del pancreas. Si può quindi porre il problema se una iperfunzione costituzionale di questi organi od una ipofunzione degli organi ormonici attivatori del fegato non possono entrare nella oscura patogenesi della vera cirrosi atrofica, e condurre a nuovi orientamenti terapeutici.

A. Luzzatto (Genova). — Richiama l'attenzione di praticare la R. W. sul liquido ascitico; essa risulta positiva solo se l'individuo è luetico. La R. W. può essere quindi di prezioso ausilio per distinguere i liquidi da cirrosi dai liquidi da polisierositi.

G. Antonelli (Roma). — Pochi personali rilievi si permette di fare intorno all'argomento delle epatiti croniche, così magistralmente e acutamente trattato dal prof. D'Amato nella sua brillante relazione.

Ritiene che il dissidio fra gli autori che restringono il significato di cirrosi quasi esclusivamente alla classica forma descritta da Morgagni e da Laennec, per parlare non più di cirrosi ma di epatiti croniche nella maggior parte delle forme che con essa non si identificano, e gli autori che amplificano il concetto di cirrosi fino a farvi rientrare tutte le epatopatie croniche che abbiano in comune con essa, sia pure soltanto in senso generico, il carattere anatomico della sclerosi a tendenza retrattile, sia più formale che sostanziale. Si è tutti d'accordo nel ritenere che la cirrosi tipo Morgagni-Laennec costituisce un quadro anatomo-clinico così caratteristico da culminare con una personalità tutta propria nel campo della patologia epatica; però bisogna convenire che una barriera di separazione fra tale forma e le altre varietà di cirrosi o di epatiti croniche a tendenza sclerosante, se è possibile e forse anche razionale dal punto di vista clinico, non lo è più da quello anatomo-patologico, avendo in fondo tutte le forme e varietà descritte in comune con la prima le due note fondamentali delle alterazioni parenchimali da un lato e delle alterazioni interstiziali dall'altro.

Ammesso come principio basale di classificazione il criterio anatomo-patologico, ritiene sia più proficuo non riservare il termine di cirrosi alla forma Morgagni-Laennec, ma estenderlo a tutti i quadri morbosi aventi in comune il sopra accennato fondamento anatomico, sia pure in senso lato; anzi, dovendosi ispirare a tale criterio, sarebbe meglio parlare non più di cirrosi, data la significazione oramai troppo tradizionale di questa espressione, ma di «epatiti croniche», fra le quali la cirrosi di Laennec rappresenta certamente la forma clinica ed anatomica più conclamata e insieme predominante per frequenza. Così amplificato il campo delle cirrosi o meglio delle epatiti croniche, ne verrà di conseguenza che la semplificazione anatomica non impedirà affatto che dal lato strettamente clinico e nosografico ci si ispiri al più sottile distinzionismo analitico per quanto riguarda la descrizione e classificazione dei differenti tipi e varietà morbose. In questo campo ritiene che l'anatomia patologica debba essere il più che sia possibile essenzialmente analitica e separatrice nel senso di cogliere quelle sfumature differenziali per le quali si possa lasciare ancora un certo margine per l'eventuale inserzione di varietà finora non perfettamente note nel vasto campo delle epatiti croniche. Si può infatti talvolta rimanere titubanti nell'inquadrare forme morbose non del tutto identificabili con le già note. A sostegno di ciò potrebbe riportare parecchi esempi, ma si limita a ricordarne uno:

Nel 1929 l'O. ha seguito il caso di un giovane, non malarico nè luetico, che presentava una sindrome di epatite o di epatocolangite cronica, le cui manifestazioni cliniche erano apparse periodicamente negli ultimi 3 anni ed erano diventate permanenti negli ultimi 5 mesi, costituite da: accessi febbrili a tipo intermittente (anche a 40°), modico ittero, tumore di fegato e di milza oscillanti d'intensità, accessi dolorosi a sede epigastrica ed a tipo pseudo-colelitiasico, fecce ipocoliche ma non mai acoliche, anemia spiccata (gl. r. 2.500.000; Hb 30; v. glob. 0,60), lieve leucocitosi, reperto batteriologico positivo per il bacterium coli in cultura pura nella bile A e B estratta

col sondaggio duodenale, aumento della resistenza globulare (R^3 40, R^1 24 secondo il metodo di Hamburger-Viola), discreto numero di emazie granulose, RW negativa, Hijmans v. d. Bergh indiretta positiva e pronta, diretta positiva ma alquanto tardiva e solo con sensibilmente maggior quantità di diazoreattivo. Tale infermo presentava, specialmente nel corso degli accessi febbrili e dolorosi, urine fortemente scure, che nel sedimento dimostravano abbondanti emazie in gran parte ben conservate, in minor quantità allo stato di ombre, cilindrici, granulosi ed ematici non che di aspetto ocraceo, gruppi di granuli di pigmento liberi, che col ferrocianuro di K davano soltanto una parziale colorazione bluastra; l'infermo era per lo più poliurico (azotemia 0,46 ‰). La presenza di ossiemoglobina libera nel siero di sangue e nelle urine fu esclusa con l'esame spettroscopico. Ebbene in questo caso fu dovuta formulare, almeno in via temporanea fino a che l'infermo non ricapiterà eventualmente alla nostra osservazione, la diagnosi di « epatite od epato-colangite cronica di natura infettiva a forma anemica ed ematurica ». Sfocerà o avrà già sfociato questa forma in un'epatite cronica a tipo cirrotico? Non lo esclude.

Ricorda un altro caso di grande interesse clinico, seguito nel corso di circa un anno e mezzo, una volta anche in consulto col prof. Castellino, concernente un soggetto adulto, non etilista, nel quale, attraverso tutte le possibili discriminazioni cliniche e le più elaborate e minute indagini di laboratorio, si formulò e si mantenne il concetto diagnostico di un'epatite cronica febbrile di natura infettiva, non itterigena o lievemente itterigena, conseguente ad una sepsi a predominante localizzazione epatica. Ebbene, negli ultimi mesi la malattia, nel corso della quale la tumefazione epatica si era mantenuta resistente alle cure più svariate, compresi i vaccini, terminò con la retrazione del fegato e con la più conclamata sindrome cirrotica della quale faceva parte un cospicuo versamento ascitico, e che condusse l'infermo all'esito letale.

Per quanto concerne gli eventuali rapporti fra infezione malarica e cirrosi del fegato, pur tenendo nel dovuto massimo conto l'opinione della scuola romana che tali rapporti non ritiene dimostrati in assenza dell'alcool, in base alla personale esperienza l'O. è propenso a ritenere che in qualche rarissimo caso, nel quale l'influenza dell'alcool è assolutamente da escludersi, possa essere presa in considerazione l'infezione malarica cronica come momento etiologico predisponente se non determinante della cirrosi.

Anche per sua personale esperienza l'O. può affermare che la tubercolosi può da sola determinare una cirrosi con tutte le apparenze del tipo Laennec. Ricorda il caso dimostrativo di una donna di età avanzata, non etilista, che presentò *intra vitam* note cliniche di un'affezione tubercolare polmonare e pleurica, e nella quale si sviluppò un abbondante versamento peritoneale, interpretato dai medici curanti come una peritonite della stessa natura, tanto che non credettero opportuno praticare la puntura esplorativa per lo studio del liquido. Venuta la paziente a morte, l'autopsia confermò le lesioni tubercolari a localizzazione polmonare e pleurica, ma all'apertura della cavità peritoneale, con sorpresa, dimostrò un'ascite pura con peritoneo perfettamente lucido ed integro, ed un fegato avente tutti i caratteri macroscopici di una cirrosi tipo Laennec. In questo caso la sindrome cirrotica si era svolta nella più perfetta purezza e non era stata nemmeno deformata da un eventuale estendersi del processo tubercolare dalle sierose pleuriche al peritoneo.

Questi casi ha voluto l'O. ricordare a sostegno del suo modo di vedere, secondo il quale ritiene sia preferibile ispirarsi ad una più larga concezione eziologica, quando alla cirrosi assegniamo più il significato di una sindrome anatomo-clinica che quello di una definita e particolare individualità morbosa, quasi avulsa da tutte le altre forme che con essa presentano molteplici analogie.

Per quanto riguarda l'argomento delle così dette cirrosi biliari, le controversie sono ben maggiori che per le cirrosi ascitogene. Contro il parere di alcuni autori (ad esempio, Rössle), per conto dell'O. non vi ha dubbio alcuno sull'esistenza ed autonomia clinica del morbo di Hanot, non ostante l'O. debba riconoscere che questo tipo morboso è realmente raro. A tal proposito gli piace ricordare la forma di cirrosi ipertrofica biliare ipersplenomegalica (varietà Gilbert-Fournier) da lui studiata soprattutto dal lato istologico e resa nota nel 1919. Le lesioni istologiche rilevate consistevano, per quanto riguardava il fegato, in una neoformazione connettivale con tendenza alla formazione di anelli veri e propri (fegato ipertrofico e granuloso), neoformazione presso a poco distribuita tanto intorno alle ramificazioni portali quanto intorno ai vasi biliari, ma non prevalente in modo particolare intorno a quegli ultimi, che per giunta apparivano fondamentalmente integre, tanto che l'O. conclude per la genesi parenchimale della sindrome itterica; per quanto riguarda la milza, enormemente ingrossata, trovò note di parziale ed incipiente sclerosi peri- ed intrafollicolare e lievemente a carico della polpa, e soprattutto note d'intensa iperplasia delle cellule spleniche, con frequenti accumuli di elementi eosinofili e, plasmacellulari, con scarsissima emosiderosi e macrofagocitosi: dunque una spiccata ipersplenia cellulare che non si accordava coi sommari reperti istologici degli osservatori che lo avevano preceduto, e di cui alcuni avevano descritto alterazioni a tipo congestivo di banale sclerosi, altri, come Gauckler, avevano creduto di notare un'esagerata reazione macrofagica, successiva ad esagerata distruzione di globuli rossi e bianchi. Il reperto dell'O. invece escludeva la natura emolitica del processo e traduceva evidentemente un meccanismo irritativo cronico di presumibile origine tossi-infettiva a localizzazione epato-splenica e forse prevalentemente splenica.

Non altrettanto dimostrata sembra all'O. l'autonomia clinica delle forme di cirrosi ipertrofica isolate da Eppinger. Deve però per sua esperienza riconoscere che talvolta c'imbattiamo in casi che non saremmo alieni dall'inquadrare nei tipi da lui descritti. Ha osservato, ad esempio, più di un caso di cirrosi ipertrofica senza ittero e non certamente da confondersi con la malattia di Banti, in cui si poteva prospettare dal punto di vista diagnostico il tipo fondamentale da lui descritto;

ricorda anche un caso corrispondente alla varietà di cirrosi ipertrofica con grave anemia, che Eppinger stesso ha delineata, e che l'O. ha avuto occasione di confermare negli elementi clinici fondamentali. Non si sente però disposto a ritenere per certa l'autonomia dell'altra varietà isolata da Eppinger, cioè della cirrosi ipertrofica splenomegalica con ittero.

È d'avviso che questa forma non possa decisamente separarsi dalla cirrosi biliare ipertrofica a varietà splenomegalica degli autori francesi, e ch'essa abbia qualche punto di contatto, nei riguardi di alcuni elementi istologici a carico della milza, come anche degli elementi clinici (ad esempio, la leucopenia) con la forma descritta dall'O. parecchi anni prima. Ha l'impressione che Eppinger abbia forse eccessivamente forzato il concetto della natura emolitica del processo, per meglio differenziarlo dalle forme già note. Fu probabilmente troppo affascinato dal concetto dell'emolisi intrasplenica anche quando, dopo che l'O. rese nota la forma di anemia a tipo pernicioso su base essenzialmente emolitica guarita mediante la splenectomia (1912-1913). Egli ebbe l'idea di proporre la stessa cura nell'anemia perniciosa tipo Biermer, naturalmente, coi risultati che tutti conoscono.

Un'ultima osservazione: forse il Relatore avrebbe potuto inserire tra le forme eccezionali di cirrosi, senza per questo esorbitare dai limiti del suo tema, già svolto con tanta ampiezza, i 3 casi della così detta « cirrosi o epatite interstiziale flaccida » descritti un cinquantennio fa da 3 autori italiani (Galvagni, Ughetti, Mazzotti), forma caratterizzata da una sindrome cirrotica conseguente ad un processo piuttosto rapido di atrofia epatica con sclerosi molle, e la forma dall'O. descritta nel 1926 di « atrofia subacuta del fegato con parziale sclerosi disseminata e sintomatologica cirrotica », forma singolare e fin'ora unica nella letteratura, da non confondersi, per la mancanza di ittero, della lues, ecc., coi noti casi di atrofia subacuta del fegato. Nel tipo dall'O. descritto potè anche avere la dimostrazione che tanto l'ascite quanto lo stesso reticolo venoso supplementare sopraombellicale non potevano mettersi in rapporto genetico con la meccanica compressione dei rami portali da parte del connettivo neoformato, in quanto che questo appariva soltanto in forma di isolotti sparsi, costituiti in prevalenza da elementi in fase di sviluppo non avanzata e senza la formazione di travate od anelli capaci di strozzare la circolazione portale. Per la produzione dell'ascite ed anche del reticolo venoso supplementare l'O. cercò di dare in parte una spiegazione meccanica, considerandoli come effetto del relativo ristagno del sangue nella ricca rete di capillari ectasici, quasi di aspetto angiomatoide, riscontrata all'esame istologico del fegato, ed in parte una spiegazione di ordine fisiodinamico; nei riguardi della genesi dell'ascite poi ritenne, come ritiene in tutti i casi, che dovesse darsi anche una notevole importanza alla discrasia plasmatica. A favore di quest'ultima spiegazione gli basti ricordare l'osservazione personale da lui fatta parecchi anni fa sopra un caso di cirrosi pura del tipo Laennec a forma anasarcatica, nel quale tanto l'indagine clinica quanto quella anatomopatologica esclusero ogni altra ragione, all'infuori della lesione epatica, per la genesi dello stato anasarcatico.

SOLIERI (Forlì). — Nei casi di sintonia patologica dell'addome destro non ha mai trovato alterazioni a tipo cirrotico; per lo più invece un fegato ingrossato molle. In questi casi dopo la appendicectomia ha praticato una colecistostomia.

Ha abbandonato l'operazione di Talma. Ha usato la sezione trasversa del retto sinistro e l'innesto dell'omento nello spazio rimasto dalla retrazione, senza avere avuto risultati soddisfacenti.

A. FERRATA (Pavia). — In merito alla relazione D'Amato e alla comunicazione Leotta rileva come le alterazioni anatomopatologiche del fegato, riscontrate da Leotta in casi di sindromi addominali (appendicite colecistite peritonite) siano espressione secondaria di malattie di altri organi, che trovano la loro spiegazione negli intimi rapporti anatomici e funzionali del fegato con l'addome e con gli organi addominali; non sono nè epatiti, nè cirrosi. In questi casi il problema Clinico tanto diagnostico che terapeutico non può essere quello dell'epatite o della cirrosi, ma sarà secondo i casi quello indicato dai caratteri della sindrome addominale, tanto più che quasi mai nella pratica alterazioni eventuali del fegato si presentano con preponderanza tale da dominare il quadro.

L'O. inoltre insiste sulla possibilità di rapporti patogenetici fra milza e fegato, lesioni della milza possono ripercuotersi sul fegato e dal punto di vista pratico in questi casi è indicata la splenectomia; dopo di essa si può avere la regressione completa della sintomatologia epatica.

Ricorda a questo proposito un caso personale (pubblicato nel Bollettino della Società Medico-chirurgica di Pavia, fasc. II 1932 in collaborazione con il prof. Introzzi), che presentava una sindrome caratterizzata da deperimento, astenia, anemia con lieve leucopenia senza forti oscillazioni della formula leucocitaria, epato- e splenomegalia spiccata. Considerato il processo morboso come una forma di emopatia splenomegalica primitiva, l'a. fu sottoposto a splenectomia con esito in guarigione.

La milza del peso di Kg. 2,600 presentava un aspetto macroscopico che ricordava quello della milza porfiroide del granuloma maligno per la presenza di una grande quantità di noduli di colorito bianco-grigiastro, istologicamente definibili come follicoli linfatici ipertrofici. Inoltre l'esame microscopico ha messo in rilievo i seguenti fatti: riduzione notevolissima della polpa splenica, scarsi fenomeni emolitici, lieve jalinosi della milza, non segni di fibroadenia, spiccata eosinofilia specie extrafollicolare e attività germinativa dei follicoli stessi per presenza di numerose cellule in cariocinesi, per presenza nei vasi e nei seni della polpa di sangue ricco di elementi nucleari linfocitari.

In base a considerazioni diagnostiche per le quali si può escludere il morbo di Banti, la splenomegalia con linfocitosi descritta pure dal Banti, il granuloma maligno, la leucemia e pseudoleucemia linfatica e le altre forme note di splenomegalia, l'O. crede di potere classificare il caso come una forma di splenomegalia follicolo-iperplastica con anemia.

L. CONDORELLI. — L'O. richiama l'attenzione sulla importanza del fegato come organo regolatore dell'equilibrio elettrolitico.

Dalle personali esperienze eseguite tra il 1924 e il 1926 è risultato che il fegato è capace di fissare rapidamente delle forti quantità di elettroliti introdotti per via parenterale e liberare dalle sue riserve notevoli quantità di elettroliti ad azione biologica antagonista a quelli iniettati per ristabilire il turbato equilibrio elettrolitico del sangue.

Tali ricerche sono state in tutto confermate da Beckmann e collaboratori.

All'O. non sembra però dimostrato sperimentalmente che spetti esclusivamente alle cellule epiteliali del fegato questa funzione e non in parte al reticolo-istiocitario dell'organo. Gli esperimenti fatti dall'O. e da Beckmann su animali a sistema reticolo-istiocitario bloccato con argento colloidale, non possono essere considerate come conclusive, dato che il così detto « *blocco* » del sistema reticolo-istiocitario, non annulla la funzione di esso.

L'O. fa notare anche che egli per il primo ha dimostrato sperimentalmente l'esistenza e l'importanza del circolo entero-epatico del calcio, prevedendo così la sindrome di carenza calcica che si sarebbe avuta per deviazione della bile dal canale enterico.

L'O. riferisce poi sul reperto istopatologico di molti casi di cirrosi luetica tipo Morgagni-Laennec. L'O. insiste sui seguenti punti:

1) Nelle zone in cui il processo è avanzato ed in cui i fenomeni di rigenerazione sono progrediti, l'immagine istopatologica non è dissimile dalle cirrosi di natura tossica, giacchè si rinvengono i soliti noduli di tessuto epatico rigenerati circondati da anelli di tessuto sclerotico.

2) I reperti più importanti si ritrovano nelle zone, sempre presenti, e a volte estese, in cui il processo è più recente ed in cui non si è ancora verificato il processo di rigenerazione. In tali zone si osserva che il processo inizia con una intensa infiammazione produttiva interstiziale, che scompagina completamente la struttura epatica avendosi la dissociazione delle travate di Remak e delle singole cellule per la produzione di un tessuto infiammatorio polimorfo ricco di linfociti e plasmacellule. In tale stadio non è raro vedere delle gomme miliari e delle cellule giganti.

3) Le cellule delle travate di Remak, dissociate dal tessuto infiammatorio in parte, perduti i rapporti con i sinusoidi perdono l'aspetto di cellule bipolari (epatiche), per assumere l'aspetto di cellule biliari (unipolari), per un processo di metaplasia anaplasica.

All'O. sembra dimostrato dai suoi reperti istopatologici che i così detti canalicoli biliari rigenerati possano prendere origine dalle cellule epatiche.

4) La partecipazione del periepate al processo infiammatorio è costante ed intensa.

5) Non ugualmente costante, ma frequente, è la partecipazione delle arterie al processo infiammatorio.

Queste ricerche isto-patologiche, mentre costituiscono una ulteriore conferma all'origine luetica di molte cirrosi tipo Morgagni-Laënnec, dimostrano anche che il processo iniziale che può produrre una cirrosi, in alcuni casi sia un processo infiammatorio.

G. DOMINICI (Torino). — L'O. dopo aver fatto rilevare le cause di errore a cui può condurre la ricerca anatomo-patologica di per sè sola, espone i risultati di indagini funzionali eseguite in unione a vari collaboratori, su un gran numero di epatopazienti e per stabilire lo stato funzionale del viscere e per ammettere o escludere una contemporanea compromissione delle vie biliari. I risultati hanno dato come primo fatto la grande frequenza con cui nelle affezioni diffuse del fegato si ha in un secondo tempo la comparsa di fenomeni infiammatori delle vie biliari, originandone forme itteriche di varia durata, spesso transitorie. Ma il risultato essenziale delle ricerche si è che la colangite primitiva o associata a colecistite, può essere all'origine di forme acute, subacute e subcroniche di epatite. L'O. analizza questi quadri clinici e mette in rilievo i segni che permettono di riconoscerli. Passa poi l'O. a parlare delle prove di esplorazione funzionale del fegato, ricorda quelle che vengono impiegate comunemente alla clinica medica del prof. Micheli ed esprime il giudizio che l'impiego contemporaneo di molte indagini, di quelle che l'esperienza ha dimostrato più attendibili, può permetterci di arrivare all'esatta interpretazione dei molteplici quadri clinici nell'oscuro e complesso campo delle epatiti e delle cirrosi.

ANZILLOTTI (Livorno). — Illustra casi di epatiti croniche curate chirurgicamente. Non ha ottenuto buoni risultati con l'operazione di Talma nella cirrosi atrofica.

CRISPINO (Napoli). — Accenna ai rapporti tra cirrosi e piletromboflebite della porta.

SCHIASSI (Bologna). — Illustra il suo metodo operatorio — la splenocleisi — che ha proposto nella cura della cirrosi atrofica. Insiste nel fare osservare che l'ascite è dovuta solo in parte all'ostruzione meccanica del circolo portale, mentre ha speciale importanza l'alterazione della crasi sanguigna.

CASTIGLIONI (Milano). — Riferisce il risultato incoraggiante ottenuto in un caso di sindrome epato-splenomegalica con modica emolisi trattato con la legatura della splenica associata all'operazione di Talma.

Risposte dei Relatori.

G. D'AMATO. — Porge anzitutto i più vivi ringraziamenti a coloro che hanno avuto parole benevoli per la relazione, rendendosi conto della difficoltà dell'argomento trattato. E deve anche compiacersi che parecchi oratori sono stati pienamente concordi con lui in parecchie questioni e sopratutto sulle indicazioni terapeutiche e sui limiti delle indicazioni operative.

Bucco ha accettato la dottrina mista dello sviluppo dell'ascite propugnata dal R. ed ha accennato ai casi di cirrosi senza ascite ma con notevole sviluppo della circolazione collaterale. Ne ha fatto cenno anche il R. nella relazione e ha detto espressamente che in parecchi di questi infermi visti da lui e da altri, che si erano liberati dell'ascite, si era stabilito un circolo collaterale enormemente sviluppato: ora è appunto in queste ul-

time condizioni che si determinano con grande facilità le emorragie del tubo gastro-enterico (per rottura di varici esofagee o per rottura delle radici delle meseraiche o di varici emorroidarie).

Sabatini ha detto che non si può fare distinzione fra epatiti e cirrosi, il R. deve dirgli che la questione è stata già risoluta: nella prima pagina della relazione ha scritto infatti che i più autorevoli anatomisti patologi si sono, da parecchio, messi di accordo sulla definizione dei due processi morbosi. Il Kretz, il Rössle, il Ghon, il Letulle, l'Albot e, fra i nostri, il Fabris si trovano d'accordo nel definire la cirrosi epatica come una speciale epatite nella quale si ha una distruzione diffusa di elementi parenchimali del fegato e conseguente formazione di tessuto cicatriziale con disposizione tale da risultarne il pervertimento del piano strutturale del fegato. I processi infiammatori cronici del fegato che non si accompagnano a queste alterazioni meritano il nome di epatiti e non di cirrosi. Questo concetto è oramai accettato da tutti, e alla stregua di tale concetto si giudica se i vari tipi clinici che noi oggi riusciamo a differenziare appartengano più alla famiglia delle cirrosi o più a quella delle epatiti.

Sabatini ha domandato anche che cosa pensi il R. delle forme cliniche delle cirrosi e delle epatiti e si richiama alla sua relazione del 1925. Il R risponde che non è d'accordo con lui nel negare la possibilità di distinguere alcune varietà di cirrosi e di epatiti; e crede di avere discusso ampiamente nella relazione le ragioni di questa opinione. Ha detto infatti che le indagini scientifiche di questi ultimi anni hanno distrutto le classificazioni arbitrarie che eravamo abituati a leggere nei libri classici fino a poco tempo fa; ed ha detto che non è possibile, nello stato attuale delle nostre conoscenze, proporre nuove classificazioni che rispondano a tutte le esigenze scientifiche; ma ciò non vuol dire che esista un caos completo dal punto di vista clinico. Noi abbiamo imparato a distinguere le cirrosi vere dalle epatiti, le forme mesenchimali da quelle ad inizio epiteliare. Lo studio delle forme ipersplenomegaliche, sebbene non si possa dire ancora completo, è indubbiamente del più grande interesse scientifico e pratico. Ed anche nel campo delle cirrosi biliari, malgrado che sia ancora così confuso, si è fatto già parecchio delimitando bene i caratteri della forma di Hanot e riconoscendone in parecchi casi la natura sifilitica. Non è tutto, ma è già parecchio; quindi non è il caso, secondo il R., di abbandonarsi al più completo scetticismo e di invocare magari il ritorno all'antico.

Alessandri ha detto delle cose molto sennate circa le indicazioni operatorie nelle cirrosi e nelle epatiti; ed il R. è lieto che le vedute di un chirurgo così cauto e valoroso coincidano con quelle da lui esposte nella relazione.

Alessandri, a proposito delle epatiti satelliti delle colecistiti, si esprime a favore della ipotesi che l'infezione si localizzi prima nella cistifellea e poi nel fegato. Tale opinione non è divisa dalla maggior parte di coloro che si sono occupati dell'argomento con ricerche sperimentali, a cominciare dal Graham; tutti costoro pensano che la infezione si localizzi dapprima nel fegato e poi dopo si diffonda alla vescichetta biliare. Solo pochi fra gli studiosi dell'argomento hanno espresso un parere conforme a quello di Alessandri. Alessandri tocca anche l'altro importante argomento dei benefici che arreca ai cirrotici la soppressione dell'ascite. È fuori dubbio che la soppressione dell'ascite rimuove i disturbi meccanici provocati negli organi addominali dalla presenza del liquido, ma nell'istesso tempo, l'apertura di larghe vie collaterali allevia la stasi degli organi addominali. Tutto ciò non può non esercitare un'azione benefica su questi organi e quindi su tutto l'organismo.

Relativamente alla indicazione della splenectomia in alcune forme di cirrosi biliari, deve rimaner fermo il concetto che la splenectomia, mentre va consigliata nelle forme ipersplenomegaliche, deve essere invece nettamente sconsigliata nelle epatiti biliari a tipo Hanot e nelle epatiti biliari infettive.

Ha ascoltato con vivo compiacimento le ricerche fatte, su materiale raccolto con biopsia dal Leotta sulle cosiddette epatiti satelliti delle affezioni addominali. Non è d'accordo con gli oratori che hanno negato ad esse qualsiasi importanza. Queste ricerche invece documentano sempre più i rapporti tra fegato ed alcuni organi addominali. Le lesioni riscontrate dal Leotta, simili a quelle descritte da altri ricercatori prima di lui, non si possono certamente giudicare di natura cirrotica, ma somigliano a quelle trovate nel fegato dei bevitori ed acquistano per ciò notevole importanza, perchè illustrano con materiale umano la istogenesi di alcune epatiti croniche. È bene notare che non si ha l'impressione, nella pratica clinica, che queste lesioni conducano, per lo meno con una certa frequenza, alla vera cirrosi del tipo Morgagni-Laennec, forse perchè le colecistiti, le appendiciti, le ulceri del tubo digerente o vengono operate, oppure producono facilmente incidenti mortali, quindi il loro decorso di solito non è tanto lungo quanto sarebbe necessario perchè si possa organizzare una vera cirrosi.

Pende vorrebbe separare la cirrosi atrofica di Morgagni-Laennec, nella quale egli crede che prevalgano i fatti degenerativi e che si osservi una fisionomia anatomo-clinica speciale, da tutte le altre forme assai più rare, a tipo più nettamente infiammatorio e che non meriterebbero il nome di cirrosi ma solo quelle di sclerosi.

Questa opinione non è conforme a quello che si conosce sull'argomento sia dal punto di vista anatomo-patologico, sia dal punto di vista clinico. Infatti noi siamo lontani dal pensare che la cirrosi volgare atrofica sia un processo eminentemente degenerativo, perchè la estesa formazione di cicatrici, che perverte il piano strutturale del fegato, obbliga a pensare a un diffuso e cronico processo infiammatorio: e questa è l'opinione di tutti i patologi.

La cirrosi volgare non può essere considerata in modo indipendente dalle altre affezioni del fegato, perchè è noto che, se vi sono cirrosi che potremmo dire primitive del fegato, vi sono anche cirrosi consecutive ad altri processi morbosi del fegato o della milza. Valga per tutti il ricordo delle cirrosi consecutive ad atrofia gialla cronica del fegato e delle cirrosi del morbo di Banti. Infine è noto che perfino nelle forme di cirrosi biliari a tipo ipersplenomegalico si può avere una

cirrosi del tipo Morgagni-Laennec a forma ipertrofica. Non è possibile dunque separare recisamente la cirrosi atrofica da tutti gli altri processi infiammatori cronici del fegato nè dal punto di vista anatomo-patologico, nè dal punto di vista clinico.

Quanto al concetto che l'abiotrofia delle cellule epatiche predisponga il fegato ad ammalare di cirrosi volgare, bisogna dire che è una veduta originale del Pende che aspetta di essere documentata. Ma senza dubbio è suggestivo il fatto che in alcune forme di cirrosi come in quelle del morbo di Banti, l'asportazione della milza preserva dalla cirrosi del fegato e in alcuni casi ne arresta il decorso, se la cirrosi aveva cominciato ad organizzarsi. In questi casi si ha l'impressione fortemente suggestiva che lo sviluppo della cirrosi sia dominato in modo esclusivo dalla morbosa attività della milza.

Lo studio delle correlazioni tra fegato e glandole endocrine, di cui il R. ha tenuto largamente parola nella relazione, merita di essere approfondito, perchè può essere fecondo di risultati importanti sia dal punto di vista biologico sia dal punto di vista pratico; ed è lieto di constatare che il Pende vi abbia portato dei contributi interessanti.

Luzzatto, in vista delle gravi difficoltà che si incontrano nella Clinica per giudicare di natura luetica una cirrosi, propone di utilizzare la prova di Wassermann ricercata con il liquido ascitico. Questa indagine è stata già indicata e saggiata da altri; ma è chiaro che i risultati non possono essere considerati come sicuri; perchè con tale metodo si riesce a dimostrare che l'infermo è luetico ma non che la cirrosi sia di natura luetica.

Antonelli ha espresso anche lui il suo parere sulla questione della differenza tra cirrosi ed epatiti, e propone di dare a tutte le forme il nome di epatiti croniche. Egli ha ragione: sono tutte epatiti croniche; ma, come il R. ha detto nella relazione, nel campo di queste epatiti vanno distinte le cirrosi che hanno un aspetto anatomo patologico speciale. Ora il R. non crede che sia utile cancellare la parola cirrosi dalla patologia del fegato: significherebbe riportare l'ombra là dove si era cominciato a far luce.

Non è inutile sapere che alcuni processi morbosi epatici appartengono alle categorie delle cirrosi, mentre altri appartengono alla categoria delle epatiti. L'errore sta nel voler considerare le cirrosi come forme anatomo-cliniche ben definite ad etiologia e sintomatologia costanti. Bisogna ben rendersi conto che la cirrosi atrofica e quella ipertrofica del tipo Morgagni-Laennec possono essere l'esito di processi morbosi essenzialmente diversi. Un esempio dimostrativo è quello riferito dallo stesso Antonelli, il quale ha visto stabilirsi una classica cirrosi atrofica in seguito ad una epatite cronica febbrile, infettiva. Eppinger ed altri, come è noto, hanno riferito alcuni casi di atrofia gialla-cronica del fegato trasformata, in ultimo, in una cirrosi atrofica.

Relativamente alla importanza della malaria nella etiologia della cirrosi, bisogna riconoscere che vi sono casi, nella letteratura, di individui malarici diventati cirrotici senza che avesse agito sul fegato un altro agente nocivo. Casi di tal genere si trovano riferiti dagli autori francesi e dal Micheli. Certamente questi casi meritano tutta la nostra considerazione; però bisogna riconoscere che avrebbero molto maggiore importanza se fossero più frequenti e sopratutto se noi conoscessimo tutte le cause che possono provocare la cirrosi. È noto che in parecchi casi non si riesce a trovare la causa della cirrosi; sicchè non si può essere matematicamente sicuri che in quei casi la cirrosi si debba solo alla malaria e non ad altre cause ignote. Che la malaria predisponga il fegato a risentire fortemente l'azione di altri agenti nocivi non vi è dubbio.

È sempre difficile giudicare se una cirrosi sia di natura tubercolare, anche quando viene constatata in un soggetto chiaramente tubercolotico. È solo un fine esame istologico che può permettere questo giudizio.

Relativamente alle cirrosi biliari, Antonelli è d'accordo con il R. nel riconoscere la esistenza, sia pure in casi non frequenti, del morbo di Hanot, e nel riconoscere la esistenza della forma ipersplenomegalica di Gilbert e Fournier, che Eppinger avrebbe riesumata, aggiungendovi soltanto il carattere di una esagerata emolisi splenica. Anche egli è d'accordo con quelli che ritengono non bene documentata la esagerazione dei fenomeni emolitici in questa varietà di cirrosi biliare.

Ferrata è d'accordo con il R. nella distinzione fra cirrosi biliari comuni e cirrosi splenomegaliche: è proprio in queste ultime che la splenectomia è perfettamente indicata. Il caso da lui riferito è veramente interessante anche per l'esito felice avuto dopo la splenectomia.

Condorelli ha riferito le sue ricerche sull'importanza del fegato come organo regolatore dall'equilibrio elettrolitico. Il R. le ha ricordate nella relazione, per quanto abbiano una importanza molto limitata per ciò che riguarda patogenesi degli edemi. Che un'alterazione primitiva del ricambio salino abbia importanza nel determinare l'ascite è stato asserito da alcuni, ma finora non se ne è data alcuna documentazione sicura.

Condorelli ha fatto uno studio istologico per differenziare le cirrosi luetiche da quelle non luetiche ed è venuto a conclusioni che trovo piene di interesse.

Come sono piene d'interesse le ricerche fatte dal Dominici e rivolte a documentare negli infermi la partecipazione delle vie biliari al processo cirrotico.

G. PASCALE (Napoli). — Ha già, nella relazione, esaurientemente esposto i propri concetti sulla utilità e sulla efficacia dell'intervento chirurgico nella cirrosi epatica tipo Laennec. Ha detto che sopratutto a lesione avanzata, qualunque intervento che miri a stabilire delle semplici vie di scarico non può ovviare ai numerosi inconvenienti determinati dalla malattia, perchè le lesioni, che, sopratutto dal punto di vista anatomo-patologico, caratterizzano tale affezione, riguardano non soltanto l'apparato stromatico del fegato ma il parenchima stesso. È d'avviso che l'azione tossica, ch'è il fattore etiologico di tale cirrosi, si esplica sul centro del lobulo epatico e precisamente sulla cellula epatica in maniera diretta e primitiva, per cui il primo elemento del fegato che viene ad essere minorato nella sua funzionalità è appunto la cellula epatica. Il connettivo invece reagisce in secondo momento e le alterazioni da questo riscon-

trate si possono considerare come il prodotto della irritazione cronica abnorme determinata dagli alterati prodotti della cellula epatica, per cui il connettivo stesso reagendo si sclerotizza e si finisce con la lenta ma progressiva retrazione dell'organo intero. I tentativi di rigenerazione, poi, che sono stati riscontrati nel lobulo epatico sono in genere disordinati, lenti e sono fatalmente sopraffatti dal processo sclerotico che continua ad evolvere. Ha già espresso, insieme con il collega Chiariello, nella relazione, che varie considerazioni dimostravano come l'omentopessia non potesse far fronte a problemi così complessi. Le ricerche sperimentali infatti, non solo sue ma di numerosi altri ricercatori, stanno appunto a dimostrare che per un complesso di ragioni che sarebbe troppo lungo ripetere in questo momento, non è indifferente l'immissione, comunque essa venga praticata, di sangue del sistema della vena porta in quello della vena cava e che l'ascite non era tutta la malattia in quanto che accanto al fattore di ordine meccanico, che indubbiamente non può trascurarsi, vi sono numerose altre ricerche che considerano l'ascite come una manifestazione locale di un disturbo generale del ricambio idrico così come si ha negli edemi del cirrotico. A conclusione quindi del suo pensiero ripete che perchè questo intervento possa apportare qualche beneficio lo si deve praticare fin dall'inizio, e non affidare l'infermo al chirurgo quando lo si considera definitivamente spacciato. Gli infermi debbono essere in buone condizioni generali, di età non troppo avanzata, senza lesioni cardiache o renali.

Circa gli altri interventi nella cirrosi di Laennec non crede di ritornarci, dopo quanto è stato già esposto nella relazione. Il drenaggio del liquido ascitico, comunque praticato, non ha in genere soddisfatto i chirurgi.

Le anastomosi vasali, sia che queste vengano praticate sui grossi tronchi venosi o sulle radici di questi, sono rimaste in genere dei tentativi isolati e perchè permane sempre il dato di fatto che non è senza pericolo, la immissione diretta del sangue portale nel territorio della vena cava.

Non si diffonde sul trattamento chirurgico del morbo di Banti che d'altra parte è stato ampiamente trattato nella relazione scritta perchè da anni è un convinto sostenitore della utilità della splenectomia nel morbo di Banti come ampiamente riferì nel Congresso di Milano del 1924. I suoi primi interventi datano oramai da moltissimi anni e ne è stato sempre soddisfatto.

Se non ancora si sono stabilite delle lesioni marcate a carico del fegato e degli altri organi dell'economia, la splenectomia, in quanto rimuove un organo, la cui funzionalità, comunque alterata, porta detrimento all'organismo intero, costituisce un eccellente intervento. La gravità di detto intervento aumenta di pari passo con l'inoltrarsi delle lesioni Bantiane, anche in pericolo ascitico la splenectomia ha dato degli innegabili successi, ma in genere i risultati sono molto meno buoni.

La splenectomia nelle altre cirrosi splenomegaliche dà spesso dei buoni risultati ma qui si entra nel complesso capitolo delle cirrosi biliari che è ancora molto oscuro. Per la cirrosi di Hanot non si può arrivare assolutamente ad alcuna conclusione, perchè raramente le osservazioni riportate avevano una base rigorosamente scientifica ed i casi riportati sono troppo pochi per poter comunque arrivare ad un giudizio preciso.

Nelle forme di cirrosi biliari splenomegaliche, che potrebbero rientrare nel quadro clinico e anatomo-patologico descritto dall'Eppinger, pensò anche lui, e l'ha già segnalato nella relazione, che la splenectomia possa apportare dei reali benefizi. I numerosi casi già riportati nella letteratura invitano a proseguire le ricerche e le osservazioni in questo intricato capitolo della patologia addominale.

Su un altro punto infine, vuole insistere, ed è sulla possibilità di un utile intervento chirurgico in alcune forme di itterizia che simulano talvolta perfettamente le sindromi itteriche da occlusione, perchè all'ittero si associa spesso il dolore, ed anche a tipo accessionale. In questi casi le feci sono quasi completamente scolorate, mentre il drenaggio duodenale ed i tassi della bile nelle feci dimostrano che generalmente vi è presenza di bile, sebbene in scarsissima quantità. L'esperienza clinica, non solo sua ma anche di altri Autori, ha dimostrato che un drenaggio delle vie biliari principali apporta un rapido miglioramento della sintomatologia, con decoloramento dell'infermo, fuoriuscita di bile, prima scura e poi man mano più chiara, attraverso il drenaggio e ritorna alla normale colorazione delle feci Se l'interpetrazione di tale influenza benefica non è precisa, e ricorda a tal proposito che alcuni interpetrano tale azione ad un'influenza benefica diretta sulla cellula epatica primitivamente lesa, il dato di fatto resta ed è perciò che ha voluto richiamare di nuovo l'attenzione su tale fenomeno.

(Continua). A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sifilide febbrile pseudomalarica.

J. Peyrot (*Marseille méd.*, 25 giugno 1932) riporta 7 osservazioni di individui che avevano soggiornato in regioni fortemente malariche e che presentavano accessi febbrili tipicamente malarici; in alcuni, si aveva mononucleosi ed anche splenomegalia; alcuni avevano anche avuto la pensione militare come malarici. Invece, la resistenza delle febbri al chinino, la Wassermann positiva e l'efficacia del trattamento antisifilitico, col mercurio e bismuto, dimostrarono trattarsi di sifilide.

L'A., pertanto, consiglia in casi di individui che hanno soggiornato in regioni malariche e che presentano accessi febbrili del tipo malarico con anormale resistenza alla terapia specifica, di pensare alla possibilità che si tratti di sifilide e di fare le opportune ricerche. La presenza di splenomegalia non deve indurre in errore, poichè anche la sifilide predilige la milza. (Sembra però necessario tener presente che, anche nella malaria, la Wassermann può essere positiva. *N.d.r.*). *fil.*

Rilievi sulla difterite.

In occasione di un'epidemia di angina verificatasi in una colonia estiva, P. Ruttgers e I. Fischer (*Rev. méd. Suisse romande*, 25 luglio 1932) hanno rilevato quanto segue.

1) La durata dell'incubazione della difterite può oltrepassare largamente i limiti generalmente ammessi. L'epidemia osservata aveva un andamento ciclico e gli attacchi si rinnovano ogni 10-15 giorni.

2) L'adenopatia angolo-mascellare della difterite maligna non invade simultaneamente i due lati, ma nell'uno precede di 6-18 ore l'invasione dell'altro.

3) La vaccinazione antidifterica diminuisce la gravità dell'infezione ma non preserva sempre.

4) La difterite nei vaccinati è molto più frequente di quanto si crede. Nei 10 casi di difterite degli AA. 6 erano stati vaccinati; sul totale dei bambini vaccinati, si è avuto nel 12 % la difterite.

4) L'iniezione di siero in un difterico precedentemente vaccinato si mostra efficace già con 3-4000 unità.

5) La durata dell'immunità che conferisce la vaccinazione non è ancora stabilita; probabilmente sarebbe consigliabile il procedere a rivaccinazioni nei bambini da 6 a 12 anni. *fil.*

Febbre ondulante da "Brucella abortus" Bang.

Casi di questa infezione nell'uomo sono stati pubblicati da molti autori dopo i primi rilievi dovuti a Bevan e Orpen, Ficai e Alessandrini, Keefer e altri.

Numerosi casi occorsi in Inghilterra sono consegnati al *British Med. Journal* (dal n. del 10 maggio 1930 in poi). Generalmente la diagnosi è stata posta con la reazione di agglutinazione e non mediante la emocultura.

Un'osservazione riferita da Mac Arthur e Wigmore riguarda una donna di 53 anni che da 20 anni non si muoveva dall'Inghilterra; in questo caso la sierodiagnosi fu positiva per *Brucella abortus* Bang, l'emocultura fu negativa, mentre si coltivò *Brucella abortus* dalle urine.

Il caso di Roland Williams e Sladden fu notato in un fattore, egli pure residente sempre in Inghilterra; la diagnosi fu fatta colla reazione di agglutinazione e l'origine dell'infezione fu trovata in alcune vacche che avevano abortito alcune settimane prima e alle quali questo fattore aveva prestato le proprie cure. Il caso di Wishart e Gibson rimase oscuro riguardo al focolaio originario; la diagnosi fu fatta colla sieroreazione e confermata colla coltura delle urine, mentre l'emocultura era rimasta sterile.

Anche un caso descritto da Baxter riguardava un fattore; la Widal era stata positiva per la *Brucella abortus*, mentre l'emocoltura, la coltura del succo duodenale e delle urine furono negative. R. L.

Febbre ondulante da Bang con quadro di grave miocardite infettiva.

E. Attinger (*Schweizerische Medizinische Woch.*, n. 3, 16 gennaio 1932) descrive un caso di febbre ondulante decorso con i sintomi di sepsi grave (febbre fortemente remittente, trombosi settiche, ecc.) e con tutti i segni clinici e funzionali di una grave miocardite rivelatasi tra l'altro con una aritmia totale.

Il caso testimonia così la possibilità di localizzazioni prevalentemente circolatorie (miocardio, endotelio delle grosse vene) della malattia di Bang. M. TORRIOLI.

Colite dissenterica e spirochetosi.

G. Clemente (*Il Morgagni*, 21 agosto 1932) descrive un caso di dissenteria cronica nel quale l'esame delle feci mise in evidenza un reperto costante di numerose spirochete del tipo « ougyrata ». Mentre tutte le cure tentate, compresa la cura emetinica, si erano dimostrate inefficaci, un trattamento per via orale di stovarsolo determinò la scomparsa delle spirochete e la guarigione della colite.

L'A. richiama l'attenzione sulla possibilità che in affezioni dell'intestino crasso, partecipi alla genesi del processo morboso la spirochete, in simbiosi con gli abituali germi intestinali, eventualmente esaltati nella loro virulenza, o con altre forme parassitarie del suddetto tratto dell'intestino. Mette anche in evidenza l'importanza dello studio del parassitismo

intestinale, dato che per curare le coliti bisogna eliminare anzitutto le cause parassitarie che possono mantenerle.

Allo stato attuale delle conoscenze, ritiene appropriato parlare non di enterite spirochetica, ma di spirochetosi intestinale o di enterocolite con spirochetosi o di simbiosi spirochetica in enterocolite. C. TOSCANO.

TERAPIA.

I saponi nel trattamento delle ferite e delle superfici ulcerate.

M. Renaud (*Journ. de méd. de Paris*, 7 maggio 1931) ritiene che, al giorno d'oggi, le soluzioni di oleati sono le sostanze più praticamente efficaci per ottenere la disinfezione dei tessuti in superficie e lottare contro i fenomeni di tossi-infezione ai quali possono dar luogo.

Esse penetrano agevolmente, a causa della loro estrema fluidità, ed isolano tutte le particelle, non facendo subìre ai tessuti nessuna alterazione dannosa; le soluzioni di sapone agiscono più e meglio che la maggior parte degli antisettici, di cui la zona di azione è limitata dalle coagulazioni e dalle distruzioni che provocano e che nuocciono ai tessuti quasi quanto ai batterii.

L'A. usa la soluzione al 2 %, sia innaffiandone le ferite e le ulcerazioni di ogni natura, sia ricoprendole con compresse imbevute di tale soluzione; si può anche usare la gelatina che si ottiene con le soluzioni concentrate di saponi a cui si aggiungono degli elettroliti. *fil.*

Un nuovo trattamento delle ferite.

Sulla base di considerazioni teoretiche e dopo una pratica di 15 anni in ospedale, F. Schück (*Deut. med. Wochens.*, 12 agosto 1932) consiglia di usare, nelle ferite delle parti molli, il seguente trattamento.

Cloruro di potassio, in soluzione leggermente ipertonica (1 %), sterilizzata, in recipienti sterilizzati. Da usarsi due volte al giorno, come medicatura umida; agendo sulle ferite sudicie, le pulisce e provoca la formazione di granulazioni rosse, ma non attiva i tessuti, sicchè è necessario ricorrere in seguito al *Cloruro di calcio*, pure in soluzione ipertonica (2 %), che si usa allo stesso modo e provoca la rapida cicatrizzazione. Questa può, poi venir favorita mediante l'uguento alla *adrenalina* (Adrenalina a 1/1000, g. 10; Unguento di acido borico q.b. per 100). *fil.*

La cura ambulatoria delle scottature con medicature rinforzate all'acido tannico.

La cura delle scottature coll'acido tannico è ottima e si applica facilmente ai malati ricoverati in ospedale. Ma poco è stato scritto sul loro uso ambulatorio.

La cura di Davidson (1925) è questa: pulizia accurata della zona scottata, asportazione della cute che sovrasta le bolle, applicazione di garza imbevuta in soluzione di acido tannico in acqua; asportazione della garza dopo 24 ore ed esposizione della superficie ricoperta da acido tannico all'aria e alla luce radiante.

Il metodo di Davidson è stato modificato da Bech e Powers che usano uno spruzzatore per applicare l'acido tannico e ripetono le spruzzature ad intervalli durante le prime 24 ore. Si forma così una crosta protettiva, si calma il dolore, si evita la sepsi e la guarigione si ha rapidamente in 10-15 giorni. Non si deve fasciare la crosta, altrimenti si ha infezione.

Quando si tratta di una piccola scottatura è necessario fasciare per poter mandare il malato a casa.

J. H. Hunt e P. G. Scott (*The Lancet*, 8 ottobre 1932), per questo hanno usato delle medicature rinforzate, in 63 casi, riguardanti individui di tutte le età (da 18 mesi a 73 anni) e con scottature in varie parti del corpo. Essi adoperarono acido tannico in etere rinforzato, con garza e collodio, o acido tannico rinforzato. Al terzo giorno con collodio.

Primo metodo: con anestesia locale o generale, pulizia della zona circostante e della zona scottata con alcool, asportazione della cute, spennellature di soluzione satura (2 1/2 %) di acido tannico in etere finchè compare un coagulo bianco. Poi si posa un sottile strato di garza semplice e sopra uno strato di garza bagnato con soluzione tannica, e poi si fascia. Dopo due giorni si toglie la garza, lasciandovi solo lo strato in contatto diretto con la lesione, e si aggiunge garza imbevuta di soluzione tannica. Al 4°-5° giorno, se la garza è umida, altra soluzione tannica; se secca, fasciatura con alcool. Al 12°-16° giorno si toglie tutto senza provocare dolore e per due giorni si copre con medicatura all'alcool.

Questo metodo è ottimo per scottature estese e sporche, in cui come pronto soccorso si sono usate sostanze grasse e quando sono passate più di 24 ore dalla lesione.

Secondo metodo: Pulizia come sopra in anestesia. Si spennella la stessa soluzione tannica in etere; formato il coagulo, si aggiunge alla soluzione un'uguale quantità di collodio e si spennella ancora; poi si mette uno strato di garza e ci si aggiunge la soluzione etere-collodion di acido tannico e si fascia dopo che si è seccata. Il giorno seguente si toglie tutto meno che lo strato in contatto colla lesione e si aggiunge la soluzione. Si ripete anche al terzo giorno. Dopo 14 giorni si toglie tutto.

Questo metodo è adatto ai casi puliti o nei bambini.

Terzo metodo: Senza anestesia, pulizia con alcool della zona circostante, asportazione della cute, spennellature della scottatura con soluzione acquosa di acido tannico al 5 %; formato il coagulo, si applica garza bagnata con soluzione tannica e si fascia. Il giorno seguente si leva la garza escluso lo strato aderente

alla cute e si applica altra soluzione e si fascia dopo che si è seccata. Al 3° e 4° giorno si rinforza la crosta con collodion unito a parti uguali con etere tannico e si ripete anche al 5° giorno.

Questo metodo ha le più vaste applicazioni.

Per le piccole scottature da medicare a domicilio del malato può bastare uno straterello di garza con soluzione tannica che si cambia ogni 24 ore per 4-5 giorni.

L'uso di una soluzione acquosa di acido tannico al 5 % è raccomandabile anche come pronto soccorso nelle scottature invece delle sostanze grasse comunemente usate. E' necessario usare soluzione fresca di acido tannico, perchè facilmente si forma acido gallico nelle soluzioni vecchie. R. LUSENA.

Trattamento del prurito anale e delle ragadi anali.

M. Cambiès (*Soc. belge de gastro-entérologie*, 30 aprile 1932) consiglia i seguenti metodi.

Prurito anale. — Benzoato di benzocaina; Alcool fenilmetilico, ana g. 5; Olio di mandorle dolci g. 90. Spennellatura della cute della regione perineale, con tintura di iodio; iniezione del liquido nella sede dove esiste il massimo del prurito, in quantità di 1-2 cmc., da farsi lentamente, nel tessuto cellulare sottocutaneo, a ventaglio. Ripetere ogni 4-5 giorni, in punti opposti.

Ragadi anali. — Iniezioni di chinino-urea al disotto dell'estremità esterna della ragade, affondando l'ago per qualche millimetro ed introducendo 1/4 di cmc. della soluzione al 5 %. Si ha un dolore vivissimo, a lampo, per qualche minuto; in seguito, lo spasmo dello sfintere cede ed il paziente può defecare senza provare un dolore troppo vivo. Si praticano 5-6 iniezioni a 3-5 giorni d'intervallo. La guarigione si ottiene in 2-6 settimane. Si ricorre a questo trattamento soltanto nel caso di associazione della sindrome dolorosa di tipo ragadico e di ragade tipica.

Per evitare il dolore, l'A. consiglia la dilatazione diatermica progressiva, mediante un elettrodo anale fatto di due olive separate da una parte media ristretta in cui si mette lo sfintere e terminato con una parte cilindrica del calibro di un cilindro fecale normale. Sul principio, applicazioni brevi e di scarsa intensità (400-500 milliampères), in seguito 800-1200. I dolori scompaiono dopo 5-10 applicazioni e la guarigione, anche di casi ribelli, dopo un quindicina. *fil.*

L'uso di creme in terapia dermopatica.

Sono note le particolari composizioni che vanno sotto il nome di « creme », relativamente poco usate in dermatologia, ma molto nella cosmesi, che hanno terapeuticamente un'azione refrigerante, dovuta per lo più alla presenza di una certa quantità d'acqua assorbibile fino ad elevate percentuali da parte di grassi animali, specialmente lanolina (*cold cream*, cerati, glicerolati, *neve* hazeline, ecc.).

L. Martinotti (*Rassegna medica*, 30 giugno 1932) osserva che il difetto principale di tali prodotti è quello che non se ne conosce esattamente la composizione, sicchè non è raro che vi entrino sostanze ad azione irritante o nociva, specialmente per certi individui.

È quindi bene, specialmente per gli individui particolarmente sensibili, prescrivere delle creme a formula propria ben nota. Riportiamo alcune delle formule dell'A.

Fra le migliori, è da considerarsi la boroeucerina, preparata con l'eucerina, che sostituisce bene la lanolina di cui è la parte non saponificabile. Mescolando 100 parti di eucerina anidra con 900 di soluzione acquosa satura di acido borico, si ottiene una crema che fa l'effetto di un impacco acquoso, pure impedendo (per la presenza di piccola quantità di grasso) l'eccessiva macerazione degli strati superficiali della cute. Tali applicazioni riescono molto utili nelle dermatosi irritabili.

Con una maggiore quantità di eucerina, si ottiene un vero *cold-cream* ingrassante (Eucerina 100, sol. acq. satura acido borico 200, 300 se si vuole una quantità media di grasso).

Per incorporare bene i prodotti, si liquefa dapprima l'eucerina a mite calore, aggiungendo poi la soluzione in piccole porzioni e rimescolando bene la miscela mentre si va raffreddando. Si ottiene così una massa bianca, omogenea, simile a panna montata.

Un'altra buona preparazione è lo stearato ammonico neutro, che ha essenzialmente azione antiflogistica; ad esso si possono poi incorporare vari medicamenti, fra cui ottimo il dermatolo al 10 %.

Lo stearato ammonico si prepara aggiungendo a 100 gr. di stearina fusa, una soluzione di ammoniaca (g. 40) in acqua (g. 700); l'aggiunta va fatta a piccole porzioni sempre agitando e riscaldando fino a produzione di deboli vapori; la massa gelatinosa che si ottiene va tenuta a mite calore (80°) fino a totale eliminazione dell'ammoniaca. Tale preparazione serve anche bene come crema per radersi. *fil.*

Nelle dermatiti da insulina.

Si osservano talora delle dermatiti in seguito a somministrazione di insulina. V. Schenk (*Deut. med. Wochens.*, 1932, n. 41) le attribuisce o ad anafilassi del paziente ipersensibile oppure ad impurità del preparato, che contiene delle piccole quantità di albumina. In tali casi, egli consiglia o di cambiare il preparato o di somministrare del lattato di calcio, il quale agisce come terapia dei fatti acuti e come profilassi, sia delle dermatiti, sia degli infiltrati che si hanno talora al punto d'iniezione. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione della pepsina introdotta per via parenterale.

M. Girolami (*Soc. med. chir. di Bologna*, 19 febbr. 1932) in uno studio sull'argomento ha osservato quanto segue.

In malati di affezioni varie, senza diretta compromissione dello stomaco e del duodeno, per lo più ipocloridrici, sotto l'influenza della pepsina si è avuta in generale una diminuzione della quantità di secreto ed un abbassamento più o meno notevole della secrezione cloridrica.

Nelle gastropatie riflesse si è avuta in alcuni malati un'evidente diminuzione dell'acido cloridrico secreto e della quantità di succo estratta; in altri l'HCl è scarsamente diminuito come valore relativo, ma si è avuta una notevole diminuzione della quantità di succo estratto, e la curva di secrezione cloridrica è divenuta assai irregolare.

Nel caso di ulcera gastrica sotto l'influenza della pepsina si è avuta una curva assai meno elevata sia per quanto riguarda l'acidità libera e combinata che la quantità di secreto. Inoltre la secrezione si è esaurita precocemente non ottenendosi più dopo le prime 3-4 iniezioni che scarsissima quantità di liquido. Gli stessi risultati si sono avuti nei due casi di ulceri duodenali.

Per ciò che riguarda l'azione della pepsina sulla curva di secrezione cloridrica, ottenuta con iniezione di istamina, è risultato che la pepsina non rappresenta un antagonista farmacodinamico della istamina e che non è capace di inibire in modo evidente la sua azione eccitatrice sulla secrezione gastrica.

Circa l'azione della pepsina sulla secrezione peptica ottenuta con la colazione di Ewald, i risultati ottenuti sono stati molto incostanti e tali da non permettere di giudicare se la pepsina eserciti una qualche influenza, ed in qual senso, sulla secrezione peptica.

Infine per quanto riguarda la pressione arteriosa, il polso e la formula leucocitaria si sono avuti dei risultati alquanto irregolari.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. D'Amico, da Trapani:

Il medico parigino François Broussais (1772-1838) è noto come fondatore della teoria patologica che va sotto il suo nome (Broussaisismo) e che egli sostenne vivacemente, in specie contro Andral.

Secondo Broussais, nessuna importanza pratica va attribuita alle alterazioni anatomo-patologiche e tutti i processi patologici, anche le flegmasie croniche ed i tumori, sono il prodotto dell'irritazione e della mancanza di irritazione. Particolarmente, l'irritazione (e la infiammazione) della mucosa del canale alimentare si trova all'origine di molte malattie. Da queste idee deduceva i concetti terapeutici, che dovevano avere di mira di combattere l'onnipotente gastro-enterite mediante la dieta, le tisane, il caldo, i cataplasmi e specialmente il sanguisugio. *fil.*

Dott. M. S. da C. Z.:

Apparecchi ad onde corte sono già in commercio e furono esposti al Congresso Internazionale di Radiologia tenuto a Parigi nel 1931. Non ne esistono di fabbricazione italiana ma si può rivolgere per informazioni o acquisti anche a Case italiane (ad es. Siama-Gorla, Milano). M. E.

VARIA.

Terapia e medicina.

Su questo argomento ha tenuto una conferenza all' 83ª Sessione Annuale della Associazione medica americana, 1932, sezione di farmacologia e terapia, R. L. Levy (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 30 luglio 1932).

La medicina abbraccia molti campi, perchè il medico deve non solo studiare le malattie nella loro profilassi, nelle loro manifestazioni, ma deve anche indicare le norme di terapia. Compito fondamentale del medico pratico è quello di fare la diagnosi e indicare la cura e in questi compiti si uniscono la scienza e l'arte del medico.

Certamente la terapia è stata il fondamento su cui poi si è costituita tutta la medicina ed essa riguarda tutti i mezzi adatti a modificare il normale decorrere delle malattie. Nella ricerca di questi mezzi si trovano a volte fatti che illuminano fenomeni oscuri della malattia e quindi le ricerche di terapia sono indispensabili per il progredire della scienza medica.

Ogni paziente rappresenta un problema a sè; nei tentativi terapeutici il medico deve essere guidato dal dovere che egli ha di non nuocere al malato. Qualche volta succede che il medico, animato da buone intenzioni, faccia invece del danno al suo paziente. Nell'evitare questo ha indubbiamente valore l'esperienza del medico, intesa non solo nel senso di aver visto e curato molti malati, ma anche e specialmente intesa nel senso che gli effetti terapeutici sono osservati sempre con acume critico che deve esercitarsi tanto su quel che il medico legge nella letteratura, quanto su quel che il medico osserva direttamente sul malato.

La medicina rappresenta uno strano miscuglio di speculazione e di azione, secondo Latham, e il medico deve coltivare una scienza ed esercitare un'arte e la deve esercitare anche di fronte a fatti in cui la scienza non illumina ancora. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'opera del Regime Fascista nella lotta contro alcune malattie infettive.

La molteplice attività spiegata dal Governo Fascista in favore della pubblica salute, ha portato ad un sensibile miglioramento delle condizioni sanitarie del Regno anche in rapporto alle malattie infettive.

Considerando fra queste quelle infettive a carattere acuto, la cui diffusione può essere maggiormente influenzata dalle condizioni igieniche dell'ambiente e dell'applicazione di razionali misure profilattiche, troviamo che il miglioramento ottenuto risulta chiaramente dalle statistiche di morbilità dell'ultimo decennio.

Il numero dei casi di vaiuolo e vaiuoloide, da 4644 nell'anno 1921, è rapidamente disceso negli anni successivi fino a ridursi a 6 solamente nell'anno 1929, ed a zero negli anni 1930 e 1931. Tale diminuzione è indubbiamente da attribuirsi al pronto intervento repressivo di fronte ai primi casi importati dall'estero ed all'efficienza del servizio delle pubbliche vaccinazioni antivaiuolose, integrato dall'obbligo della rivaccinazione all'ottavo anno di età, sancito dal R. Decreto 30 dicembre 1923, grazie al quale servizio la popolazione è mantenuta in un sufficiente stato di immunità contro il pericoloso contagio.

I casi di febbre tifoide e di infezioni paratifiche, che raggiunsero la rilevante cifra di 35.527 nell'anno 1921, hanno presentato una graduale, per quanto lenta, diminuzione, interrotta da due oscillazioni negli anni 1923-24 e 1926-27, per discendere nel 1929 a 31.128, nel 1930 a 28.135, e nel 1931 a 24.682.

Le malattie esotiche, che un tempo incutevano giustamente il terrore nelle popolazioni, si possono considerare come praticamente scomparse. Il tifo esantematico, infatti, dopo qualche manifestazione, prontamente circoscritta, negli anni 1921 e 1926-27-28, non ha più dato luogo a nessun caso di malattia nel territorio del Regno. Il colera è scomparso del tutto nel decennio 1921-31.

Di peste si sono avuti due piccoli focolai negli anni 1921 e 22 e dopo di essi solo rarissimi casi importati in qualche città di mare; nessun altro caso dopo il 1927.

Se passiamo dall'arido campo delle cifre a quello della legislazione sanitaria, troviamo che essa si è arricchita di una serie di provvedimenti diretti alla difesa contro le malattie infettive. oltre quello già ricordato dell'obbligo della rivaccinazione antivaiuolosa all'ottavo anno di età.

E' del 1923 un decreto ministeriale sulla *denuncia delle malattie infettive*, che disciplina questo servizio fondamentale per la profilassi, aumentando il numero delle malattie soggette a denunzia, e rendendo possibile il sollecito intervento dell'Autorità Sanitaria.

Nello stesso anno il R. Decreto del 30 dicembre sulla *Riforma degli ordinamenti sanitari*, istituiva in ogni capoluogo di provincia un *Laboratorio d'igiene e profilassi*. Questi laboratori, ormai regolarmente funzionanti in tutte le provincie, portano il più largo contributo alla lotta contro le malattie infettive ed alla vigilanza igienica sugli alimenti e le bevande.

Un altro passo innanzi fu fatto nel 1926 col Decreto ministeriale sull'*obbligatorietà della vaccinazione antitifica;* questa pratica immunizzante, largamente provata durante la grande guerra e dimostratasi del tutto innocua ed efficace, è stata resa obbligatoria per determinate categorie di persone particolarmente esposte al contagio (personale addetto agli ospedali, alle lavanderie, agli stabilimenti di disinfezione ed al trasporto dei malati) e per coloro che, ammalandosi, riescirebbero pericolosi alla collettività (personale addetto allo approvvigionamento idrico, ed alla raccolta e allo smercio del latte). Inoltre è data facoltà ai Prefetti, in caso di bisogno, di rendere obbligatoria la vaccinazione per determinati gruppi di persone o in occasione di manifestazioni epidemiche.

Fondandosi su un nuovo e moderno mezzo di difesa contro la difterite, la *vaccinazione con l'anatossina di Ramon*, il Governo Fascista ha cercato di diffondere largamente questo mezzo preventivo con estesa opera di propaganda da parte delle autorità sanitarie, con istruzioni tecniche, con sussidi, così che oggi molte diecine di migliaia di vaccinazioni antidifteriche sono state eseguite nelle collettività infantili ed in occasione di epidemie, e sempre con ottimo successo.

Per ciò che riguarda l'applicazione dei mezzi di prevenzione e di cura delle malattie infettive che la scienza fornisce al medico pratico, non si può omettere di ricordare i provvedimenti di legge sul *controllo preventivo dei sieri, vaccini e arsenobenzoli*, emanati col decreto ministeriale dell'ottobre 1923 e diretti ad offrire al pubblico la massima garanzia nell'uso di questi importanti sussidi terapeutici, che, prima di essere messi in commercio, vengono rigorosamente controllati dallo Stato. Alle stesse finalità di tutela della salute pubblica, pur senza ostacolare il continuo progresso scientifico nello studio di nuovi mezzi di cura, si inspira il R. D. Legge del novembre 1926, col quale si è disciplinato l'impiego nell'uomo dei *sieri, vaccini e affini non prodotti a scopo di vendita e la produzione*

degli autovaccini, il cui uso trova sempre più larga applicazione in terapia.

Sono infine da ricordare due altri provvedimenti che, per quanto indirettamente, rivestono la più grande importanza ai fini della difesa contro le malattie infettive. Uno di essi è il Regolamento sulla *vigilanza igienica del latte, destinato al consumo diretto*, emanato nell'anno 1929. E' noto anche ai profani che questo prezioso alimento, quando non sia raccolto, conservato e distribuito con le dovute cautele igieniche, può trasformarsi in un pericoloso veicolo di malattie infettive, fra cui primeggiano la tubercolosi e le infezioni intestinali. Le razionali e minuziose disposizioni contenute nel recente regolamento assicurano le migliori condizioni di salubrità delle stalle e delle vaccherie, degli animali lattiferi, della mungitura del latte, dei mezzi di trasporto e di conservazione, e degli spacci di vendita, agevolando anche l'impianto delle centrali del latte per la raccolta, il controllo, la pastorizzazione e la distribuzione del prodotto.

Non meno interessante è un'altra provvida legge emanata dal Fascismo, alludiamo a quella che concerne l'obbligo della *lotta contro le mosche*. E' vero che da tempo la scienza aveva dimostrato la grande importanza di questi malefici insetti nella trasmissione delle più gravi malattie infettive, ma nessuno aveva mai pensato che lo Stato potesse e dovesse intervenire per difendere la popolazione da questo grave pericolo, che era invece dai più considerato come una semplice causa di fastidio. Di lotta contro le mosche non si occupavano che i fabbricanti di preparati moschicidi e poche zelanti massaie. E' veramente un merito del Governo Fascista di avere per il primo affrontato il problema con una apposita legge, che lo investe in pieno da tutti i punti di vista. Raccolta, asportazione e deposito delle immondezze e dei materiali putrescibili; scuderie e stalle; esercizi pubblici, stabilimenti di produzione e lavorazione e spacci di generi alimentari; istituti di ricovero e di cura e collettività, propaganda scolastica, tutto è contemplato nella legge del 1928 e nelle relative norme approvate con decreto del Capo del Governo, e per ogni punto sono date razionali, precise, tassative disposizioni.

I pubblici poteri hanno organizzato sistematicamente la lotta, ed in molti luoghi se ne vedono già i risultati; alcune grandi città attribuiscono infatti al benefico effetto del regolamento sulla vigilanza igienica del latte e della legge contro le mosche, la constatata diminuzione delle infezioni intestinali.

E' dunque tutta una fervida e molteplice attività nella lotta contro le malattie infettive, la quale ancora una volta dimostra come, non con vane parole, ma con fattivi provvedimenti, il Governo Fascista ha messo in pratica l'imperativo romano: « Salus populi suprema lex ».

A. Franchetti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aquila. *Consorzio Prov. Antitub.* — Scad. 31 dic., ore 12; direttore del Consorzio, compresa direzione Dispens. Antitub. di Aquila; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 31 ott.; tassa L. 50,10; stip. L. 14.000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; indennità di trasferta e diarie. Chiedere annunzio.

Bolzano. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore tecnico, Direttore del Dispensario provinciale. Stipendio L. 18.500 con quattro aumenti quadriennali del decimo dello stipendio base; indennità di servizio attivo L. 3100 il tutto al netto del 12 %. Scadenza 20 gennaio 1933-XI. (Vedere precedente n. 48).

Brescia. *Comune.* — Scad. 31 dic.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san. c.-v.

Casirate d'Adda (*Bergamo*). — Scad. 31 dic., ore 18; con Arzago d'Adda; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp., c.-v., quote capitarie pei poveri; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 3 ott. Chiedere annunzio.

Chiari (*Brescia*). — Scad. 1° feb.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp.; addizion. L. 3 sul supero 20 % della popolaz.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 1° nov.; tassa L. 50.

Fonni (*Nuoro*). — Scad. 5 feb.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; assegni uff. san. e carcere mandam.; età lim. 40 a.

Gavorrano (*Grosseto*). — Scad. 22 dic.; per Giuncarico; L. 9700 riducibili 12 %, c.-v., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; assunz. entro 15 gg.

Grignasco (*Novara*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 automobile, L. 150 ambulat.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Malconate (*Milano*). — Scad. 10 dic.; con Dairago; L. 10.500 da ridurre del 12 % e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Mezzojuso (*Palermo*). — Scad. 31 gen.; per Fitalia; rivolgersi segret. com.

Nuoro. *Ospedale di S. Francesco.* — Scad. 20 dic.; medico assistente; L. 9600 e indennità; alloggio; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Preferenza a specializzati per malattie celtiche e in radiologia.

Palazzuolo di Romagna (*Firenze*). — Scad. 31 dic.; condotta di Levante; L. 9000 e 8 trienni dec., oltre L. 600 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Piombino (*Livorno*). — Da oggi e sino a tutto il 31 gennaio 1933 è aperto il concorso per titoli per il conferimento del posto di Medico chirurgo della quinta condotta, a cura residenziale del Comune di Piombino.

Al posto medesimo è annesso lo stipendio iniziale di Lire Diecimila (L. 10.000) annue, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio di servizio fino a raggiungere un complessivo aumento pari alla metà dello stipendio iniziale, con la riduzione stabilita, nella misura del 12 %, dall'articolo 3 del R. Decreto Legge 20 novembre 1930, n. 1491, ed al lordo delle ritenute per R. M., dell'imposta sul reddito, per i contributi alla Cassa di Previdenza pei Sanitari ed a favore del Convitto per gli Orfani dei Sanitari e per ogni altra tassa,

ritenuta o contributo che per disposizioni legislative e regolamentari gravi o possa gravare in avvenire a carico dei Medici Condotti del Comune.

Il titolare della condotta percepirà, oltre l'indennità di caro-viveri nella misura e con le limitazioni in vigore per il Personale Sanitario, un'indennità di cavalcatura di Lire Quattromila (L. 4000) annue, essa pure ridotta del 12 %, con l'obbligo assoluto, tassativo e inderogabile di tenere un comodo e rapido mezzo di trasporto di sua proprietà, esclusa la bicicletta.

L'obbligo della cura gratuita si estende, attualmente, fino al numero di mille poveri. Per ogni povero oltre i mille sarà corrisposto un assegno supplementare in ragione di L. 2 all'anno qualora il numero dei poveri non oltrepassi i 2000; oltre il quale numero tale assegno sarà elevato a L. 2,50, ferma restando la ripetuta riduzione del 12 %.

I Medici Condotti del Capoluogo sono tenuti a sostituire senza alcun compenso, per una sola volta durante l'anno, il Sanitario della condotta viciniore assente per congedo straordinario o per motivi di salute durante i primi dieci giorni di assenza. Per le supplenze straordinarie oltre i dieci giorni è dovuto l'assegno di L. 25 giornaliere, ferma restando la riduzione del 12 %.

Il titolare della condotta ha altresì l'obbligo di sostituire, per turno con gli altri Sanitari, durante i congedi ordinari i Medici delle condotte viciniori dietro corresponsione di un compenso a *forfait* di L. 600 annue, ridotto del 12 %, per i 30 giorni di effettiva supplenza.

La 5ª condotta medica comprende, tra popolazione agglomerata e sparsa, circa 4000 abitanti, di cui, approssimativamente, 600-700 iscritti nell'elenco dei poveri, con una popolazione agglomerata di 3000 abitanti in cifra tonda. Tali dati non hanno peraltro alcun valore contrattuale e sono suscettibili di aumento o di diminuzione. La condotta si estende prevalentemente in zone di campagna, per massima parte in pianura.

Il titolare della 5ª condotta ha l'obbligo di fissare la propria abitazione nella borgata del Cotone, salvo il caso di assoluta e comprovata impossibilità.

Per le cure agli abbienti i Medici condotti sono tenuti ad osservare le tariffe annesse al Capitolato d'oneri in vigore.

Il concorso, la conferma, i provvedimenti disciplinari ed il licenziamento dei Medici condotti sono regolati dalle disposizioni contemplate dal T. U. delle Leggi Sanitarie e dal Regolamento sull'assistenza sanitaria vigenti o che saranno determinate da successive norme legislative e regolamentari.

Per essere ammessi al concorso i concorrenti dovranno produrre entro il suindicato perentorio termine del 31 gennaio 1933 domanda in carta da bollo da L. 3 diretta al Podestà e corredata dei documenti che appresso, in perfetta conformità con le Leggi sul Bollo e debitamente legalizzati:

1) certificato di nascita dal quale resulti avere il concorrente una età non superiore agli anni 40, fatta eccezione per coloro i quali si trovino già in servizio quali titolari di condotte mediche presso altre Amministrazioni Comunali;

2) certificato di cittadinanza italiana;

3) certificato generale del casellario giudiziale;

4) certificato di buona condotta morale, civile e politica rilasciato dal Podestà o dai Podestà del Comune o dei Comuni ove il concorrente ha risieduto nell'ultimo biennio;

5) certificato medico di sana e robusta costituzione fisica, con esplicita dichiarazione che il concorrente è immune da qualsiasi imperfezione e difetto che possa comunque menomare l'attitudine al disimpegno del servizio di Medico condotto;

6) diploma in originale od in copia autentica notarile di laurea in Medicina e Chirurgia. Per i laureati dal 1925 in poi il diploma di laurea dovrà essere completato dal certificato di proscioglimento dagli esami di abilitazione professionale;

7) stato di famiglia;

8) certificato od altro valido documento comprovante l'adempimento degli obblighi di leva;

9) certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi o al Sindacato dei Medici Condotti.

I documenti di cui ai numeri 2, 3, 4, 5, 7 e 9 dovranno essere di data non anteriore di tre mesi a quella del presente avviso.

I concorrenti potranno produrre i titoli di carriera e scientifici di cui sono in possesso ed ogni altro documento atto a comprovare la loro cultura generale e specifica.

Nell'ammissione al concorso e nella nomina saranno osservati i diritti concessi dalle disposizioni in vigore ai mutilati e invalidi di guerra, ai combattenti, ai decorati ed ai dipendenti dei Comuni soppressi.

Gli aspiranti potranno essere sottoposti a visita medica di controllo da effettuarsi da un Sanitario di fiducia dell'Amministrazione Comunale, la quale si riserva di eliminare dal concorso coloro che, a giudizio inappellabile, siano ritenuti inidonei o non perfettamente idonei.

La partecipazione al concorso implica accettazione piena ed incondizionata delle norme contenute nel Capitolato d'oneri in vigore e nel presente avviso di concorso.

L'eletto dovrà assumere servizio effettivo entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione ufficiale della nomina. In caso diverso sarà ritenuto rinunciatario.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Vice direttore Sanatori Popolari di Prasomaso. Per titoli ed esame, consistente in una prova clinica con interpretazione di radiografie e in autopsia con epicrisi; scadenza 10 dicembre 1932; età non superiore ai 38 anni; documenti di rito; stipendio L. 11.200 (con cinque aumenti biennali del decimo), più indennità di carica di annue L. 4000 al lordo delle ritenute di legge oltre riduzione del 12 %; vitto ed alloggio *ad personam*. Domanda all'Amministrazione: via De Amicis 45-A, Milano.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Il termine di scadenza del concorso bandito con avviso del 28 settembre 1932 per i posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi è stato prorogato fino alle ore diciotto del giorno 30 dicembre 1932-XI.

REANO VILLARBASSE. — (Vedi TORINO).

RICCIONE (*Forlì*). — (Vedi FORLÌ).

RODEGNO-SAIANO (*Brescia*). — Scad. 28 dic.; lire 9000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san.; diminuzione 12 %; c.-v.

SEQUALS (*Udine*). — Posto di medico condotto ed Ufficiale Sanitario. Scadenza 31 dicembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SPOTORNO (*Savona*). — Scad. 15 gen.; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., L. 600 bicicletta a motore; 10 bienni ventesimo.

TERMINI IMERESE (*Palermo*). — Scad. 12 febb.: due sanitari negli Stabilimenti Termali Municipali

TORINO. *Consorzio Medico Villarbasse-Reano.* — Scad. 15 dic.; L. 7040 oltre L. 400 trasp., L. 400 uff. san., L. 220 alloggio.

TORRICE (*Frosinone*). — Scad. 26 dic.; 2ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; addizionali L. 4 e L. 5 oltre 2000 e 3000 pov.; età lim. 35 a.

VICENZA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 14 gen.; medico primario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di San Felice in Vicenza; L. 11.000 oltre lire 2000 serv. att. Chiarimenti dalla Segreteria.

VILLARBASSE-REANO. — (Vedi TORINO).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nell'ultima seduta del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale sono stati approvati gli atti della Commissione giudicatrice del concorso per la cattedra di Clinica neuropsichiatrica della Università di Cagliari. La Commissione era composta dai proff. S. De Sanctis, A. Donaggio, O. Fragnito, L. Roncoroni e O. Rossi, che hanno proposto la seguente terna: 1° G. Ayala; 2° L. De Lisi; 3° A. Coppola.

Il prof. Vittoriano Cavara, direttore della Clinica oculistica della R. Università di Napoli, e il prof. Sebastiano Cannata, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Palermo, sono insigniti della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Alla cattedra di clinica ostetrica e ginecologica di Greifswald, resa vacante per il ritiro del prof. O. Hoehne, è stato chiamato, da Kiel, il prof. Hans Runge.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia d'Italia.

Il 22 novembre, all'augusta presenza di S. M. il Re, ebbe luogo nella Farnesina l'inaugurazione dell'anno accademico della Reale Accademia d'Italia. Intervennero alla grandiosa cerimonia altissime autorità e personalità.

Il presidente, sen. Marconi, lesse un indirizzo di omaggio al Sovrano, « simbolo vivente dell'unità della Patria nella continuità della storia ». Egli rilevò che la Reale Accademia d'Italia fu ideata dalla fervida genialità del Duce, come una espressione dell'Italia integrata e rinnovata dal sacrificio e dalla vittoria, e anelante a riconquistare quel primato spirituale, che è la corona della grandezza di un popolo.

Lumeggiò il programma dell'Accademia, la quale ha il coraggioso proposito di avvicinare l'alta cultura ai maggiori problemi della vita contemporanea; questo programma riguarda anche l'antitesi tra sviluppi nazionali e solidarietà culturale ed economica dei popoli, e tende a superarla. Di questa direttiva è indice il recente Convegno Internazionale Volta, promosso dall'Accademia.

Il conte Volpi lesse poi il discorso inaugurale, sul tema « Motivi ed aspetti della presente storiografia italiana ».

Commissioni consultive nell'Opera Maternità e Infanzia.

Con recente provvedimento del R. Commissario gr. uff. avv. Fabbri, l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia ha istituito due Commissioni permanenti con compito consultivo. La prima Commissione, che si occuperà dei problemi inerenti all'assistenza igienico-sanitaria, è così formata: on. prof. Eugenio Morelli, commissario nazionale del Sindacato Naz. fascista dei medici; prof. G. B. Allaria, presidente della Società italiana di pediatria; prof. Emilio Alfieri, presidente della Società italiana di ostetricia e ginecologia; prof. Dante De Blasi, presidente dell'Associazione italiana fascista per l'igiene, accademico d'Italia; ing. Vincenzo Sarti, della provincia di Milano.

La seconda Commissione, che avrà compito consultivo in materia di assistenza morale e sociale, è così costituita: avv. prof. Gaetano Grisostomi Marini, commissario nazionale del Sindacato naz. fascista avvocati e procuratori; prof. Sante De Sanctis, presidente della Società italiana di psichiatria; on. prof. Francesco Bascone, direttore generale dell'Istituto nazionale associazione magistrale « Rosa Maltoni Mussolini »; prof. Alfredo Albertini; Giovanni Novelli, direttore generale degli Istituti di prevenzione e pena. Entrambe le Commissioni saranno presiedute dal presidente dell'O.N.M.I. assistito dal direttore generale.

Con la creazione di tali Commissioni l'Opera potrà valersi, nella esplicazione della sua attività, della collaborazione di valorosi scienziati e di tecnici specializzati nelle discipline che più direttamente interessano l'assistenza igienico-sanitaria e morale alla maternità ed alla infanzia.

Prolusioni.

L'on. prof. Raffaele Paolucci ha tenuto a Bologna la sua prolusione al corso di Clinica chirurgica. Dopo aver rivolto un caldo saluto al suo predecessore, prof. Bartolo Nigrisoli, ha trattato ampiamente il tema « L'associazione morbosa

dell'appendicite con l'ulcera gastro-duodenale e con la colecistite ».

Erano presenti numerosi colleghi venuti anche da altri Atenei e una folla di studenti.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi, in occasione della sua nomina a titolare della cattedra d'igiene e polizia sanitaria nell'Università di Bari, ha tenuto una prolusione, con parola calda e appassionata, sul tema « Luigi Pagliani igienista e legislatore ».

Erano presenti i professori della Facoltà ed un folto pubblico.

Corso di tisiologia a Napoli.

Si è svolto a Napoli il 2° corso di tisiologia per medici condotti ed ufficiali sanitari delle province di Napoli, Benevento, Avellino e Salerno.

La cerimonia di chiusura si è tenuta nei locali dell'Ordine dei Medici e del Sindacato Provinciale Fascista, alla presenza del cav. uff. Fucci in rappresentanza del R. Commissario del Comune e dell'avv. Egidio Marotta per il segretario federale; parlarono il segretario del Sindacato Medico, prof. Urbano Sorrentino, e l'avv. Marotta.

Un corso di puericoltura ad Avellino.

Il Fascio Femminile di Avellino, con l'autorizzazione del Capo del Partito S. E. Starace, ha aperto un corso gratuito e pratico di igiene e puericoltura per assistente sociale fascista. Direttore tecnico ne è il dott. Giovanni Carbone. Il programma, conforme a quello dell'O. N. Maternità ed Infanzia, viene svolto con lezioni teoriche, impartite presso la Casa di Chirurgia Criscuoli, e con esercizi pratici, per turni e a gruppi, nell'ambulatorio infantile della C. R. I., nel Brefotrofio e nell'Asilo nido. Il corso, cominciato alla metà di novembre, avrà la durata di 4 mesi.

Esso sarà valido, solo per la puericultura, anche per le infermiere volontarie della C. R. I.

A corso espletato, le alunne, che supereranno gli esami prescritti, avranno il diploma di Assistente Sociale Fascista, che dà diritto ad essere impiegate straordinariamente in servizio volontario presso i Centri di Assistenza materna e infantile dell'O. N. Maternità e Infanzia ed eventualmente, secondo i bisogni e le disponibilità, anche in servizio retribuito.

Delegata Sanitaria del F. F. è la signora Assunta d'Albenzio.

Per le gare d'igiene nelle Scuole elementari di Roma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha istituito una medaglia d'oro e quattro d'argento da assegnare a direttori didattici ed insegnanti che per più anni si sono distinti nelle gare d'igiene disposte dal Governatorato di Roma. Altrettanto ha fatto il Ministero dell'Educazione Nazionale (Direzione Generale Istruzione Primaria).

Adunanza di professori universitari in Spagna.

Si è tenuta a Madrid un'assemblea di professori ausiliari delle Università spagnole. L'assemblea ha formulato e sottoposto alle autorità superiori varie proposte, tra cui le seguenti: autonomia universitaria; soppressione dell'insegnamento libero; organizzazione del professorato in tre gradi: aiuti, professori e cattedratici; accesso a ciascuna di queste categorie esclusivamente per concorso pubblico e per gradi; soppressione totale degli accumuli di cariche didattiche.

Elargizioni e legati.

La vedova del dott. Vignard, deceduto nel 1917, già medico capo dell'Ospedale marittimo di Sulina, in Romania, ha legato all'« Association générale des médecins de France » la sua fortuna, che ascende a circa 200.000 franchi.

Secondo la volontà della testatrice, il fondo recherà il nome di « Legato Vignard » e avrà lo scopo di permettere, alle varie Casse dell'Associazione, di continuare con maggiore efficacia l'opera di aiuto e di soccorso a favore dei soci.

Il dott. Plantier, proprietario dei laboratori della « Panbiline », ha donato all'Associazione predetta 10.000 franchi, a favore dei medici e delle vedove cui l'Associazione normalmente provvede.

La città universitaria di Clermont-Ferrand.

Dopo che la scuola di medicina di Clermont-Ferrand è stata elevata al rango di scuola completa, di pieno esercizio, la capitale dell'Alvernia ha voluto provvedere alla costruzione di una piccola città universitaria, la quale è stata inaugurata il 24 ottobre dal ministro dell'educazione nazionale de Monzie e dal sottosegretario per l'educazione fisica Marcombes.

La cittadina comprende: 95 camere fornite di ogni conforto, sale di riunione, una biblioteca, un ristorante, un piccolo campo sportivo, bagni, docce.

L'esercizio della professione medica in Polonia.

Un decreto del presidente della Repubblica polacca, in data 25 settembre, andato in vigore il 15 ottobre, disciplina l'esercizio della professione medica in Polonia.

Viene considerato come esercizio professionale medico l'esecuzione di atti relativi alla diagnosi, alla cura ed alla profilassi delle malattie, nonchè il rilascio di certificati relativi. Possono esercitare la medicina i cittadini polacchi forniti del diploma di medico, rilasciato da una facoltà di medicina polacca e che abbiano fatto un anno di pratica dopo conseguito il diploma e siano iscritti alla Camera medica. Sono autorizzati ad esercitare temporaneamente la professione di medico gli stranieri invitati dalle autorità governative ad adempiere la funzione di professore nelle facoltà mediche delle Università polacche, se posseggono il diritto di esercitare in altri Paesi; così pure le persone che hanno chiesto la nazionalità polacca, anche se non l'hanno ancora conseguita, qualora soddisfino alle altre condizioni; gli stranieri che hanno diritto ad esercitare nel loro paese e che siano impiegati in stazioni climatiche polacche, qualora vi sia reciprocità da parte dei loro Governi; infine le persone che hanno perduto la nazionalità polacca in seguito a matrimonio contratto all'estero, ma che posseggono tutti gli altri requisiti. Il medico perde il diritto di esercitare la professione in Polonia, qualora cessi di essere cittadino polacco, fatta eccezione pel caso poc'anzi prospettato. Il medico perde temporaneamente o definitivamente il diritto di esercitare, in seguito a giudizio reso da un tribunale civile o militare o pronunziato dalla Camera medica e

riconosciuto dal Consiglio di disciplina annesso al Ministero dell'assistenza sociale. Lo perde anche se colpito da malattia mentale.

Il decreto non modifica in nulla le norme relative all'esercizio della professione di dentista.

In onore del prof. Roger.

Il 15 novembre un gruppo numeroso di allievi ed estimatori ha offerto al prof. Roger un volume giubilare; erano presenti il decano prof. Balthazard e numerosi colleghi. Il prof. Binet, professore di fisiologia, presentò il volume. Il prof. Roger rievocò la propria lunga carriera scientifica, dimostrando l'influenza benefica che su di essa hanno avuto la sua famiglia ed i suoi maestri.

Episodio epidemico di difterite.

Un'epidemia di difterite si è sviluppata nel comune di La Bassée (Lille). Le autorità comunali hanno prontamente provveduto alle vaccinazioni e rivaccinazioni con anatossina e alla disinfezione delle scuole.

Un ricordo marmoreo a Igino Pampana.

L'U. S. M. I. (prof. Prassitele Piccinini) ha presa la iniziativa di un ricordo marmoreo al compianto grand'uff. dott. Igino Pampana, che dette sempre preziosa collaborazione a quell'Ufficio nonchè alla Commissione permanente per le rivendicazioni scientifiche italiane. Per il ricordo l'Ufficio Stampa Medica Italiana ha aperta la sottoscrizione offrendo lire mille. Le offerte possono inviarsi tanto a quell'Ufficio (Milano, via Vallazze 39), quanto alla Segreteria dell'Ordine dei Medici di Milano (via Giuliani, 2).

Per una benemerita ostetrica.

S. E. il Prefetto di Firenze ha fatto pervenire alla signora Elena Maddalena Gronchi, valorosa ostetrica, a nome di S. E. il Capo del Governo, una nobile lettera di plauso, per l'opera da lei svolta nel campo assistenziale della città da oltre cinquant'anni. In quest'ultimo periodo la signora Gronchi si è distinta per l'opera di assistenza alle mogli dei combattenti e per aver contribuito a far sorgere, nel rione di Ricorboli, l'Aiuto Materno.

Si è spento a Genova, dopo lunga malattia, il prof. ALESSANDRO BRUSCHETTINI, reputato batteriologo. Classici i suoi studi sulla rabbia e sulla patogenesi del tetano: fu il primo ad affermare che la tossina tetanica, come il virus rabbico, è trasmessa dal punto di infezione ai centri nervosi lungo le vie nervose. Ha individuato nei malati d'influenza il piccolo bacillo emofilo che poi venne descritto nuovamente da Pfeiffer. Fu tra i primi a preconizzare la vaccinoterapia ed aveva fabbricato un vaccino antipiogene multivalente. In questi ultimi anni si occupò quasi esclusivamente dei problemi inerenti all'immunità antitubercolare, così nel campo della terapia specifica come della profilassi. Aveva creato un accreditato laboratorio per la produzione di vaccini e sieri.

Aderì con entusiasmo al Fascismo.

Al figlio dott. Giorgio le nostre più sentite condoglianze. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Klin. Woch., 9 lug. — v. TYSZKE. Influenza della crisi economica sulla vita. — W. GROOSSMANN. Rapporti riflessi tra cute e organi urinari.

Amer. Journ. Med. Sciences, lug. — C. W. BARNETT. La secrez. gastr. nell'anemia pernic. — G. DE TAKATS. Infezione localizzata nelle vene varicose. — L. SHELDON. Trattam. del megacolon col paratormone.

Deut. Med. Woch., 8 lug. — KALK. Affezioni epatiche latenti. — HAUG. Pressione del liquor: come modificarla nelle malattie mentali. — DREYFUS e WEINBERG. Tecnica della terapia febbrile.

Riv. San. Sicil., 1 lug. — G. ARMONE. Amenorrea temporanea da raggi Roentgen nella tbc. polm.

Radiol. Med., lug. — F. ROVIDA. Malattia di Schüller-Christian. — N. LOVISATTI. Movimenti attivi dell'appendice.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sulla patologia dei gibbosi.

Arch. Inst. Pasteur d'Algerie, giu. — B. CONDRAY. Epidemia di tifo esantem. — A. CATANEI. Tricofizie sperimentali.

Klin. Woch., 16 lug. — v. TYSZKA. Effetti della crisi sul popolo tedesco. — H. LEHMANN-FACIUS. I due gruppi sanguigni A.

Deut. Med. Woch., 15 lug. — LIEBERT. Medicina e psicologia. — BENNSCHEIDT. Diagn. di tumore cerebr.

Rass. Cl.-Scient., 15 lug. — G. IZAR. Amebiasi cerebrale.

Riforma Med., 9 lug. — V. BERNABEO. Gangrena fulminante dei genitali. — R. PIAZZA. Il fosforo nel sangue dei tubercolotici.

Morgagni, 10 lug. — M. SINDONI. Ampio difetto del mesentere.

Minerva Med., 14 lug. — G. SANTUCCI. Anemia pern. splenomegalica tipo Pende.

Arch. di Ortop., 30 giu. — P. PALAGI, L. GIUNTICI e U. CAMERA. Terapia ortopedica degli esiti di paralisi infant. — G. PERACCHIA. Artropatie emofiliache. — A. ALBANESE. Deviazioni del sacro sul piano sagittale.

Giorn. di Batter. e Immun., lug. — F. D. BESOZZI. Fenom. di Auer e anafilassi locale. — T. OLIARO. Avitaminosi e flora microbica intestinale.

Semana Méd., 23 giu. — E. YMAZ. Estratti pancreatici desinsulinizzati e pressione arteriosa. — F. M. GALDI. Anemie dell'infanzia.

Paris Méd., 16 lug. — Numero di farmacologia.

Journal A. M. A., 2 lug. — J. H. BLACK. Problemi sull'allergia. — A. H. ROWE e O. H. GARRISON. Lipodistrofia: atrofia e tumefazione del sottocutaneo da iniezioni d'insulina.

Brit. Med. Journ., 16 lug. — W. HARRIS. Trattamento della nevralgia del trigemino. — H. L. H. MINCHIN. La proteosi urinaria nell'epilessia essenziale.

Münch. Med. Woch., 15 lug. — MAYER. Il trauma in ginecologia.

Med. Welt, 16 lug. — F. KISCH. Sulla terapia dell'angina pectoris.

Bull. Méd., 28 mag — Numero sui reumatismi.

Presse Méd., 13 lug. — BEZANÇON e al. Forme anatomiche della tbc. polm. — BONAFÉ e POULAIN. Turbe gastriche consecutive a frenicectomia.

Rev. Méd. Latino-Amer., mag. — L. U. RABUFFETTI e B. MOIA. Epilessia cardiaca. — S. GREZZI. Costole cervicali multiple e ipertrofia delle apofisi trasverse.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., giu. — M. CHATRON. Bilancio acido-basico urinario.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — H. CUSHING. Ulcera peptica e lesioni cerebrali. — S. MAYER DODEK. Registraz. delle contrazioni dell'utero umano in parto.

Pathologica, 15 lug. — V. TRAMONTANO. Potere patogeno della tbc. aviaria per la cavia. — N. FUCCI e A. PINTO. Diabete infantile.

Abruzzo Med., mag.-giu. — G. VERROTTI. Dermatosi aspecifiche curate col trattam. mercuriale. — F. P. TINOZZI. Come devono alimentarsi gli ammalati di cancro?

Pediatria, 15 lug. — S. BARBIERI e F. RUBINI. Vaccinaz. profilattica contro la varicella. — E. INGLESSI. Percutireazione di Scarsella.

Arch. It. di Chir., 6. — G. PIERI. Cura dell'angiospasmo retinico. — G. LINO. La colecisti a fragola. — G. MAZZACUVA. La funzionalità colecistica prima e dopo gastroenterostomia.

Arch. di Antrop. Crim. ecc., mar.-giu. — S. BUSATTO. La diagnosi individuale di gruppo nelle macchie di saliva. — G. MENNYEY. Ferite dell'aorta e sopravvivenza.

Wien. Klin. Woch., 22 lug. — KAUDERS e al. Irradiazione del cervello con onde corte nella paralisi p.

Klin. Woch., 23 lug. — G. J. HURST. Anomalia familiare dei leucociti. — H. W. BANSKI. Galattosuria parossistica. — F. BECKER. Necrosi delle estremità nella policitemia vera. — E. ZADEK. Diagnosi di sclerosi delle coronarie.

Minerva Med., 21 lug. — M. CAPOCACCIA. Nuovo fenomeno immutario: l'anacoresi.

Presse Méd., 20 lug. — R. LERICHE. L'avvenire e il significato della chirurgia delle paratiroidi.

Cl. Med. It., giu. — I. BETTONI. Indice renale diastasico nelle nefriti. — G. CATALDI. Splenomegalia ad aree di Gamna. — A. FIESCHI. Ricerche sull'emofilia. — G. RUFFINI. Febbre e stato uremico.

Bull. Méd., 23 lug. — R. BENON. L'astenia.

Gaz. d. Hôp., 29 lug. — M. GAUCHER e M. ALBEAUX-FERNET. L'asma.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringol.

Rev. de Méd., 6. — A. LEMIERRE e al. Colibacillemie. — PLAZY e GERMAIN. Trattam. medico delle pleuriti purulente acute. — F. FRANÇON. I reumatismi cronici.

Paris Méd., 23 lug. — A.-F.-X. HENRY. La malaria cronica.

Presse Méd., 23 lug. — A. TZANCK e al. Immuno-trasfusione nel bambino.

Ann. de l'Inst. Pasteur, lug. — A. URBAIN. Immunizzaz. attiva contro il tetano per via cutanea.

Journal dos Clinicos, 30 giu. — A. PONDÉ e E. DE ARANJO. Varici dell'arto super.

Morgagni, 17 lug. — ALTERI. Affezioni sinusali.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 17 lug. — E. MARINO. Febbri criptogenetiche ed ipertermie nell'infanzia. — G. AIELLO. Valutazione dell'atleta: lo stato del rene.

Deut. Med. Woch., 22 lug. — ISRAEL. Disturbi funzionali comuni della vescica. — GORALEWSKI e ENGEL. Trattam. della distrofia muscolare progr.

Mediz. Klinik, 22 lug. — H. REGELSBERGER. Irradiazione alla Contard.

Münch. Med. Woch., 22 lug. — HAGENTORN. Rapporti tra tempo e malattie. — HOLTZ. Terapia con glucosio.

Med. Klinik, 15 lug. — O. v. FLAUQUÉ. Diagn. precoce e differenziale e trattam. della gravid. extra-uterina. — M. REISS. L'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussioni su: Desensibilizzazione specifica e non specifica nelle malattie allergiche.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 12 Dicembre 1932 - XI Num. 50

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA.

La funzione e l'insegnamento della Clinica Medica (1).

Prof. ANTONIO GASBARRINI, direttore.

Non si può ascendere una Cattedra antica e gloriosa come questa, senza rimanere sgomenti e perplessi, senza provare un tumulto di sentimenti diversi, primi, quelli di gratitudine e di riverenza: di gratitudine per il Rettore Magnifico, per Voi, illustre Preside della Facoltà e Colleghi insigni, che avete voluto farmene degno; di riverenza per Grandi, che qui furono, ed ai quali chiedo protezione con umiltà di cuore.

Ed ora io sento tutta la mia piccolezza fissando lo sguardo al bronzo che consacra alla storia Achille De Giovanni e Luigi Lucatello, qui ombre magnanime ed ammonitrici.

Non dall'orgoglio, che non potrebbe vincermi, ma dal sacrificio, dalla mia passione, dall'entusiasmo dei giovani possa io attingere forza per il compito che mi attende!

Al caro collega Frugoni, che oggi Roma eterna accoglie e che qui lascia tanta ammirazione, tanto amore, tanto desiderio di sè, il mio saluto ed augurio fraterno.

E permettete che il pensiero si rivolga con filiale tenerezza all'Ateneo Bolognese, che mi ebbe per otto anni, alimentò la mia fede e mi diede palpiti di gioia suprema.

Vi giunsi con trepido cuore, come il pellegrino che, credendo di non aver conseguito la mèta, si sofferma incerto ed attende. Ma la generosità di Bologna, la benevolenza dei colleghi carissimi, con i quali mi fu dolce la con-

(1) Prolusione tenuta il 16 novembre 1931, X.

suetudine del quotidiano lavoro, rinfrancarono il trepido cuore, che oggi vibra di gratitudine profonda.

Ed io provo, più che mai, in questo momento solenne della mia vita, la dolce illusione di non essermi allontanato dallo studio bolognese, perchè la serena figura del prof. Giacinto Viola, così cara al mio cuore, qui fecondò la giovinezza operosa, Egli cui toccò la ventura di vivere accanto ad Achille De Giovanni, col quale divise le fatiche, le ansie e gli ideali.

Nè io sento il distacco dai miei amatissimi studenti di Bologna, perchè mi pare di vederli qui tutti raccolti in fervida comunione spirituale con i fratelli di questo Ateneo, uniti sempre e sempre aperti ad ogni bella manifestazione, ad ogni prova generosa, che la giovinezza sa dare.

Ma non è soltanto essa che accomuna i cuori: è la tradizione storica delle due antiche e gloriose Scuole, che rinsalda la fede e l'amore, perpetuando con la festa goliardica la canzone eterna della giovinezza. A Voi tutti il mio fervido augurio e Vi sorregga nel duro cammino!

Ai colleghi dell'Ateneo di Bari, che con unanime consenso vollero designarmi alla Cattedra di Clinica Medica, il mio vivo ringraziamento per tanta benevolenza; il mio saluto augurale al giovane Ateneo, che nei recenti congressi ha saputo, per forza di fede ed ardore di scienza, rivelare la sua rapida ascesa alla feconda terra di Puglia, che sa offrire alla Patria tutte le sue vive energie con sorprendente ed incessante progresso.

E poichè è sacro dovere ricordare il Maestro, col quale ebbi lunga, serena e feconda convivenza clinica e mi guidò con paterno amore, il discepolo da questa Cattedra vuole esprimere a Lui, al Maestro Luigi Zoia, la sua filiale devozione e riconoscenza imperitura.

*
* *

Parlare a Voi, o giovani, della funzione della Clinica Medica e del suo insegnamento in questo glorioso Ateneo, ove Morgagni, De Giovanni ed altri Grandi ebbero il merito di aver battuto la via maestra, che doveva condurre la Medicina clinica verso la sua mèta finale, è assai grave cimento.

Fede operosa nel bene, nel dovere, nel sacrificio è la formola, che dovrebbe essere scritta sull'architrave di questa aula, se la Scuola di Clinica Medica vuole essere ai nostri giorni vera palestra di vita. Non v'ha disciplina, come la nostra, la quale, per essere giornalmente alle prese con i misteri dell'organismo malato, ci imponga tanto il sentimento di essere sobrii, di procedere cauti e diffidenti, al par di chi cammina fra le ombre, quando lo spirito si sforza ad afferrare una idea, di essere, per conseguenza, umili, e l'abito mentale dell'umiltà ci allontana forse meno dal vero.

L'ideale che il clinico medico deve proporsi di conseguire, scaturisce dall'essenza stessa della disciplina che egli professa. La Clinica, la grande madre ed incarnazione di tutte le Scienze mediche, alle quali fu assegnato dopo tanti secoli un più nobile fine, quello cioè di modificare in meglio le condizioni dell'umana vita, vivendo a contatto del malato, tende a comprenderlo, valendosi di una minuta osservazione diretta di esso, messa a confronto con l'esperienza, sorretta da un indirizzo biologico e soprattutto da una logica sistematica, rigida, allo scopo supremo di salvarlo dal suo male: donde è clinico chi, traendo profitto dai fatti raccolti al letto dell'infermo, interpretandoli con l'aiuto delle nozioni scientifiche, riesca a precisare lo stato del malato, le alterazioni anatomo-patologiche ad esso inerenti, i fattori etiologici, che creano quel morbo, i mezzi, infine, atti a mitigarne le sofferenze o a ridonargli la salute, spesso addirittura la vita, e tutto ciò con fervore di apostolo e con senso profondo di umanità sappia trasfondere nella falange dei giovani medici futuri.

Cosicchè non saremo paghi di benedire e di esprimere la nostra gratitudine a quei sommi del nostro Paese, che con tenace e duro lavoro, sostenuto dalla fede, attraverso anche corone di spine, furono gli agitatori delle grandi idee divinatrici ed innovatrici del pensiero clinico moderno.

*
* *

Se riandate, o giovani, per un solo momento alla sintesi storica della Medicina clinica, vedrete come attraverso ciascuna delle sue grandi tappe risplendano i nomi dei pionieri connazionali, che, tramandandosi a vicenda la fiaccola del progresso scientifico, fanno oggi rifulgere di gloria immortale la storia della Medicina italiana, da cui voi, che siete forze vive, dovete attingere fascino e ardimento.

L'intento applicativo della Medicina clinica ci rende conto del perchè nel corso dei secoli lo spirito pensoso del medico pratico al letto dell'infermo abbia sempre meditato sul mistero dell'organismo sconvolto dal morbo, cercando di trarne luce, dapprima con lo studio della materia morta, che a mezzo delle dissezioni cadaveriche veniva a soddisfare l'ardente desiderio di vedere che cosa mai fosse dentro alla macchina umana, poi, con l'analisi della macchina viva in funzione, realizzata dal metodo della vivisezione, poi ancora con l'aiuto del microscopio, che penetrava nella materia morta, là dove l'occhio solo non giungeva, fino a quando un fascio di luce veramente fecondo nel campo della Clinica, in quanto toccava direttamente l'uomo malato, venne a rifulgere col metodo dell'anatomia patologica macroscopica prima, microscopica poi, inte-

grato dallo studio sperimentale delle funzioni patologiche; ma neppure allora il medico pratico si sentiva fuori dell'astratto, e ci volle un altro episodio di gloria nostra recente a renderlo pago, l'applicazione cioè del metodo individualistico clinico, che ha segnato il passo decisivo verso il reale concreto.

E così il diuturno spasmodico bisogno di comprendere l'ammalato creò gli astri, che corrispondono ai nomi di Mondino, Harvey, Malpighi, Virchow, Hunter, De Giovanni.

Orbene, tutte le scienze pure della medicina, l'anatomia, l'istologia, l'anatomia patologica, la patologia generale, la fisio-patologia, la terapia sperimentale, che sono filiazioni del pensiero clinico, devono rispondere ad un intento applicativo. « La così detta scienza pratica — come ben dice il Viola — non è forse la sola che sappia impossessarsi della realtà? ». Ogni cultore dunque delle varie scienze mediche deve ispirarsi nella Clinica, se non vuole vedere sterile l'opera sua!

E' nella osservazione del malato, nel quale si sintetizzano tutti i fenomeni morbosi, nonchè tutti i fatti normali studiati singolarmente dalle Scienze pure, che bisogna trovare il fondamento, il fulcro della Clinica.

Negli scritti poderosi del grande Morgagni, il quale sentiva costante il bisogno di collegare l'osservazione cadaverica ai fenomeni clinici, di cui Egli non esitava a proclamare la importanza in ogni manifestazione del suo pensiero, noi ravvisiamo, infatti, non solamente l'anatomo-patologo principe, raccoglitore, coordinatore ed analizzatore sommo della materia morta, ma il clinico completo che, confrontando lesioni cadaveriche e fenomeni clinici, sa trarre deduzioni sobrie e scevre da qualsiasi presunzione, dalle quali sempre traspare nitido, in intimo binomio, il pensiero del clinico e quello dell'anatomico.

Ma questo grande Padre della medicina, quale eccellente biologo, ci fa oggi sentire altresì il bisogno del ritorno all'antico, all'indirizzo cioè unitario, sintetico della medicina, senza di che si vedrà vacillare la base vera della Clinica, che si compendia nel problema della diagnosi e della cura.

Ritorno all'antico, dunque, naturalmente col vantaggio che ci viene offerto dalla sapienza moderna. Tutto lo scibile medico si è ormai trasformato ed a tale rinnovamento le Cliniche devono partecipare con sano indirizzo sintetico.

Ben osserva il Viola che « la coscienza del medico scienziato, qualunque sia il ramo che egli coltivi, matura soltanto a contatto con l'ammalato ». Ragione per cui la Clinica impone l'intima cooperazione di tutti i cultori delle scienze mediche a lato dell'infermo. Tale bisogno va penetrando nella coscienza dei medici.

Non sentiamo già il grido di allarme dei fisiologi più saggi di oggi, i quali, convinti che nell'interesse degli studiosi di medicina e di fisiologia, si debba tornare a stringere quei legami che un tempo univano le scienze biologiche alle scienze mediche, lamentano i danni per l'esercizio pratico della medicina, derivanti dalla tendenza di deviare dal binario clinico una branca, la quale conta molti problemi, che solo nelle conoscenze di clinica e di terapia possono trovare soluzione o per lo meno chiarimento?

E gli stessi più grandi anatomo-patologi, pur giovandosi del controllo sperimentale ad integrazione dell'indagine minuta sul cadavere, non sentono il bisogno di partecipare con sempre maggiore passione ai problemi della Clinica, che nell'esame dell'uomo vivo, infermo, trova la più intensa fucina per penetrare nel vero?

Lo stesso Baccelli, che proclamò il trionfo dell'anatomia viva, tradotta nella felice sua espressione di « anatomismo clinico », per appassionatissimo che fosse del Morgagni, non mancò di vedere che la base della Clinica non poteva essere che nella Clinica.

L'anatomia-patologica moderna, in altri termini, per giungere alla dignità che le compete, non può a meno di valutare esattamente i sintomi clinici in rapporto alle lesioni, onde s'impone che essa segua sempre la Clinica; è buon anatomo-patologo colui che, amante dell'indirizzo applicativo, si sente clinico, per essere vissuto con i clinici.

Il Riva soleva ricordare con compiacimento nelle sue lezioni di aver insegnato fisiologia e soprattutto anatomia-patologica, sia per l'intima connessione di questa disciplina alla clinica, sia perchè la maggiore conoscenza di essa gli consentiva di aver sempre ben chiara nella sua mente la lesione anatomo-patologica, ogni qualvolta la discussione del caso la rievocasse!

E parimenti sarebbe riprovevole quel patologo generale, che volesse trarre la verità unicamente dalla prova di laboratorio, senza inspirarsi nella Clinica, o quel batteriologo che, seguendo la dottrina delle infezioni, non tenesse conto, come ogni altro cultore dello scibile medico, dei moderni studî sulla individualità e sulla costituzione normale e patologica dell'individuo, che oggi per amore e vanto della scienza italiana decisamente avviano la Clinica verso la soluzione dell'importante problema della personalità umana.

Non si può tuttavia negare come lo sviluppo enorme odierno delle varie scienze, che, staccatesi dal tronco annoso della medicina clinica costituiscono ai giorni nostri un complesso corpo speciale, abbia condotto per necessità ad una divisione di lavoro, che può nuocere al clinico, qualora questi non riesca a condensare ed utilizzare per i suoi scopi l'insieme delle nuove acquisizioni delle scienze

biologiche. Occorre dunque un giusto temperamento, che non turbi la sua capacità sintetica di diagnosticatore, pur ritenendo, come abbiamo detto, che la coltura anatomo-patologica, chimica, fisiologica, e via dicendo, costituiscano il substrato migliore per la Clinica. E dal nosografismo il clinico desume l'attributo scientifico per la sua disciplina, evitando così il pericolo di ragionare alla maniera delle scienze pure, piuttosto che con quella rigorosa logica speciale, propria della Clinica, e così necessaria al medico pratico.

* * *

Si è detto che l'osservazione è la base di tutte le scienze: lo studio vero del malato deve dunque muovere dall'osservazione, ed il Clinico nella sua complessa funzione didattica sappia indirizzare il medico futuro al rilievo obbiettivo dei fatti, alla precisa valutazione di ciò che ha osservato, al ragionamento severo, alla critica degli stessi suoi reperti e giudizi.

« La vera Maestra della Clinica è la natura — osservava il Cotugno —, ed è una Maestra che non vuol essere sopraffatta, vuol essere sentita, ama di essere conosciuta, ma è gelosa di essere compresa ».

Orbene, il clinico deve saper ispirare i giovani a questi santi principii, ad interrogare la natura, senza avere altro pensiero che quello di vedere com'essa risponde, ad accostarli al suo gran libro, che va guardato senza prevenzione, con occhio vigile e franco.

La Clinica deve utilizzare tutte le risorse che vengono dall'esame diretto del malato.

Se il laboratorio infiamma e sprona alla ricerca incessante ed alla interpretazione di nuovi fatti desunti dall'esperimento, non va dimenticato come in questa semplificazione sperimentale si corra spesso il rischio di fallire a quella castigatezza logica, che si ritiene indispensabile, perchè non venga sminuita o alterata la verità originaria del fenomeno naturale, che è la sorgente inesauribile, a cui i fatti patologici devono attingere continuamente.

Ma non dimentichiamo gli aiuti incalcolabili tratti dalle indagini di laboratorio, che furono ispirate da quel primitivo e rozzo studio dell'uomo ammalato, e teniamo bene a mente gli aforismi del Baccelli: « in Clinica l'animale in esperimento è l'uomo »; « si parte dalla Clinica per entrare in laboratorio, ma dal laboratorio si ritorna sempre alla Clinica ». Sani concetti questi, che inducono ad ammettere la necessità di una costante armonia fra studî di laboratorio e clinica. Grave errore sarebbe, infatti, credere che il laboratorio debba stare al di sopra della Clinica ed il medico valersi sempre di situazioni sperimentali per imporla ad essa.

Se il Clinico puro talora non riesce a risolvere certi problemi biologici tratti dallo studio dell'uomo ammalato, egli è certo il solo che sia in grado di porli.

Non accettiamo la credenza invalsa negli ultimi decenni, ed oggi per fortuna bandita dalle nostre scuole, che l'indagine puramente clinica nulla possa ormai più dare al malato ed al progresso della scienza.

Non v'ha asserzione più errata di questa, che malauguratamente in un'epoca non lungi da oggi, allontanò tanti giovani dall'osservazione continua e diligente del malato, dalla consuetudine al raziocinio ed alla logica clinica, confinandoli nei laboratorî, ove l'ingegno e l'attività furono applicati a problemi di carattere generale, con la sicurezza di trarre da essi la formola diagnostica. Orbene, l'esperienza insegna che molti giovani, preparati ottimamente per lunghi anni nei laboratorî, finiscono per usare una logica, che è insita nel cimento sperimentale e non riescono buoni investigatori clinici, avendo smarrito il binario della esatta valutazione e coordinazione dei fenomeni. Le qualità intellettuali di sperimentatore eccellente e di medico pessimo sono, come nota il Murri, tutt'altro che inconciliabili.

« Si osservano in medicina — ha lasciato scritto un grande maestro di Clinica, il Mackenzie — fenomeni che gli strumenti scientifici moderni più delicati non arriveranno mai nè a registrare, nè a misurare, e vi sono metodi necessari alle ricerche cliniche, che nessuna esperienza di laboratorio potrà mai supplire ».

Il vero insegnamento di Clinica medica è dunque quello che, ponendo al posto di onore la classica semeiologia fisica tramandataci dai nostri vecchi Maestri con i loro grandi insegnamenti, sappia far tesoro delle nuove conquiste di laboratorio inerenti ai problemi più gravi della patologia, per rendere sempre più scientifica ed esatta la diagnosi medica.

Occorre, in altri termini, che clinica e laboratorio incedano su due linee parallele e vicine, a patto però che l'alleanza sia sana e prudente; allora soltanto l'una sarà la vera, luminosa sostenitrice dell'altro, e dallo studio del malato e del laboratorio sorgeranno inesauribili fasci di luce, fecondi per il medico pratico.

Il Clinico ha l'obbligo di utilizzare i dati scientifici acquisiti, di insegnare tutti i mezzi più moderni di laboratorio e soprattutto di insistere sulla significazione diagnostica dei dati da essi forniti, criticandoli, all'occorrenza respingendoli, per modo che ne risalti sempre il valore preciso ed il reale contributo alla interpretazione di quel determinato caso clinico. Ma egli deve altresì pensare che il medico pratico non può sempre adoperarli, chè i responsi talora giungono troppo tardi, che la indagine di laboratorio, infine, dando al giovane medico la sensazione di poter conseguire spesso la conoscenza del vero per una via corta, lo allontana dal seguire la via più lunga, del classico e sano esame diretto dell'ammalato; donde il dovere del buon clinico di

insegnare che del laboratorio, talora, si possa anche fare a meno.

*
* *

Una Scuola di Clinica Medica, oltre ad avere il compito precipuo di creare dei buoni medici pratici, ne ha un altro, non meno importante, d'ordine scientifico: essa deve, cioè, rappresentare la vera fucina di studî e di ricerche, che si svolgano però nel campo pratico-applicativo, senza di che « cammineremo attorno alla Clinica, ma non saremo nella Clinica », come ben osserva il Viola. Ed anche i nostri contributi alla biologia umana, per quanto modesti che siano, dovranno sempre muovere dal terreno dell'osservazione clinica.

Non è, infatti, il malato stesso, che attraverso il ragionamento diagnostico, costituisce una miniera inesauribile di problemi biologici, problemi di fisiologia, di patologia, talora dei più palpitanti di attualità e fecondi di osservazioni? Così, ad es., come negare che molti quesiti nel campo fisiologico furono ispirati dal malato? C'è forse bisogno di ricordare che la nozione dell'importanza del pancreas nella glicoregolazione è sorta dalla Clinica? E le maggiori conoscenze sulla fisiologia del sistema nervoso, delle ghiandole endocrine non sono dovute alle ricerche dei medici? E così è avvenuto per le altre scienze sorelle. Uno degli aspetti caratteristici della mente di due grandi clinici, il Riva ed il Forlanini, fu l'attitudine a penetrare e risolvere alcuni problemi meccanici, sempre però ispirati da un quesito clinico, ora semeiologico, ora terapeutico: ed ecco che una tale felice orientazione del loro pensiero conduce il primo a costruire un aspiratore iniettatore, ancora oggi considerato fra i migliori per la lavatura apneumatica della pleura e del peritoneo, ed il secondo ad ideare un apparecchio per inalazioni medicamentose, per lo svuotamento e la cura dei liquidi ed empiemi pleurici, infine, l'apparecchio per il pneumotorace terapeutico, che tanto fascino ha suscitato nel campo della tubercolosi polmonare.

Orbene, è lecito affermare che in nessun altro ambiente, come in quello della Clinica, la ricerca di un fisiologo, di un fisico o di un patologo generale potrebbe essere più feconda di risultati, onde il Riva ebbe giustamente a dire « che il Clinico, mentre è clinico nell'insegnamento, è patologo, biologo nello studio scientifico dei problemi che gli vengono suggeriti dal malato ».

Ispirati dalla Clinica, il Golgi scopre il ciclo evolutivo della vita del parassita malarico nel sangue, ed il Murri chiarisce la patogenesi dell'emoglobinuria parossistica. Esempî bellissimi di studii di pura provenienza clinica sono quelli del Riva e della sua Scuola sul ricambio emoglobinico, la cui importanza nel campo della fisiologia, della patologia e della clinica va sempre più affermandosi, nonchè le ricerche dello Zoja sui disturbi della digestione dei grassi, che tanta luce hanno apportato nella diagnostica delle malattie del pancreas. E molti altri esempi di tal genere potrei citare, se me lo consentisse il tempo.

*
* *

Lo studio diretto del malato deve rappresentare il cardine della nostra educazione medica, il mezzo supremo per la diagnosi. Dall'osservazione diligente ed accurata si giunge alla nozione della malattia: i più grandi clinici furono i più grandi osservatori.

L'ossequio per tale concezione della Clinica medica lo sentì al massimo grado un vero Maestro di Clinica, il Cardarelli, che impose alla sua Scuola il motto « observatio et ratio », ed agli studenti soleva ripetere: « nella Clinica nulla si crea, si deve ricercare, le teorie possono morire, possono cambiare, ma l'osservazione non muore mai ».

Dopo un'esatta valutazione dell'anamnesi, si deve seguire la via maestra dei segni diretti che l'ammalato ci offre: nel metodo di osservazione si compendiano gli elementi indispensabili alla forza del clinico moderno.

Orbene, non v'è arte più difficile che di investigare. Di solito, le mani, l'occhio, l'orecchio consegnano al cervello gli stimoli ad esso noti, il difficile sta nel colpire un segno, ad altri per lungo tempo sfuggito, nel penetrare lontano con l'occhio educato ed affinato, nel rilevare i sintomi più utili, nel saperli coordinare, e con acume critico, dal confronto del valore di essi, talora da minime sfumature dei rilievi, saper trarre conclusioni diagnostiche ardite e precise. In tale pregevole attitudine mentale sta racchiusa la fortuna del Clinico!

Ogni infermo va esaminato « dalla cima dei capelli alla punta dei piedi », per ripetere una felice espressione di grandi clinici e diagnosticatori, pur assegnando notevole peso alla indagine semeiologica di quell'organo, su cui l'infermo richiama l'attenzione. In tal modo più facilmente l'abilità del Clinico riuscirà a cogliere i primi segni della malattia, che ne costituiscono le frontiere, così utili ad essere avvistate per il progresso della terapia, scopo supremo, direi divino, della nostra arte!

Ed ecco che lo spirito di fine ed acuta investigazione semeiologica induce il Babinski a pensare ad una affezione organica delle vie piramidali attraverso il piccolo segno dell'estensione dell'alluce, una miosi marcata, un Argyl-Robertson, un Westphall, un Romberg scoprono una tabe incipiente, la semplice fluttuazione della X costola fa diagnosticare l'astenia universale a Stiller, una pulsazione laringo-tracheale svela al fiuto clinico di Cardarelli un aneurisma latente dell'arco aortico: gli esempi si potrebbero moltiplicare a lungo!

E la diagnosi emergeva chiara dalla mente di questi Grandi, non tanto per tutta la perizia tecnica semeiologica accumulata nel loro cervello o per la poderosa loro coltura nelle altre scienze, ma principalmente per il loro abito mentale di saper adattare tutto al caso in istudio, di possedere una grande sagacità nell'osservare, quello che suole chiamarsi « buon senso », senza dar gran peso ad un fatto o screditarne un altro.

*
* *

Ma il diagnostico ha bisogno di essere alimentato e sorretto dalla memoria, dalla logica e dalla critica: la memoria di quanto si sa e di quanto si è veduto attraverso un lungo e sano tirocinio clinico; la logica, ossia ragionamento deduttivo, dote preziosa, che malauguratamente non si acquista sui libri, nè può essere trasfusa dall'insegnante di Clinica a chi è nato senza di essa; infine, la facoltà critica, pertinace dei fatti e del giudizio.

Pensate al Cardarelli: la sua grande abilità di diagnosticatore era in gran parte legata alla consuetudine di riesumare istantaneamente dal suo cervello i casi a lui occorsi in Clinica o nella sua privata clientela con tutte le circostanze particolari che condussero all'errore od alla precisione della diagnosi, ed i giovani si sentivano in tal modo mirabilmente ammaestrati! Pensate altresì alla potenza logica e critica del Murri, il quale vedeva in essa le armi necessarie alla ricerca del vero ed a concedere alla Clinica tutta la sua dignità.

Il cosidetto « occhio clinico » non è in fondo se non l'abito mentale di chi con logica sistematica ed acume critico, attraverso una minuta analisi, senza fronzoli, senza inutile dottrinalismo, semplificando, coordinando, sa giungere rapidamente ad un giudizio sintetico. Avviene però talora che la discussione diagnostica si impianti su elementi di giudizio insufficienti, ed il ragionamento logico tratto da essi conduca ad una diagnosi in tutto od in parte errata: sarà un errore « logico » — come diceva il Riva — quello che perciò potrà commettersi in tal caso, errore anzi rinnovabile in altro caso consimile, ove nuovi dati non ci soccorrano, a meno che non si voglia indovinare.

Non sempre, tuttavia, lo stesso uso rigoroso della logica è sufficiente a sciogliere i problemi che ci si parano dinanzi, ed allora interviene il cosiddetto « intuito clinico » a dare nuovo impulso verso la verità. Non accade talora al medico pratico di lasciare il letto del suo malato con una inquietudine, un'inspirazione, un'ascoltazione interiore — direbbe il Bergson — indefinita, che tenta di opporsi alla conclusione diagnostica, a cui è giunto fra le contese logiche della ragione? Orbene, l'intuito clinico, dote di rapida percezione e sintesi della mente umana, che si affina ed accresce con l'esercizio e con l'esperienza, non innata in tutti, ma che fu sviluppatissima in alcuni dei nostri Maestri, è quello che forma l'abito clinico naturale. La facoltà intuitiva viene così a costituire il controllo della ragione, quando questa fallisca e ad elevare la Clinica a vera arte sublime!

Ma di questa facoltà intuitiva si impone un saggio uso nella pratica medica, allorchè essa non sia intuizione vera, la quale richiede somma agilità mentale del medico, il concorso di tutte le funzioni del suo spirito e dei suoi sensi, una pronta attitudine della sua coscienza ad abbandonare un primo concetto diagnostico per correre con fulmineo potere critico ed associativo dietro ad un secondo, che appaia il più esatto fra la pochezza dei dati messi a sua disposizione: se non sarà tale l'orientamento mentale di quel medico, ecco che la sua diagnosi « per intuizione » potrà rappresentare un pericolo, in quanto sarà dominata da un'idea preconcetta, incompleta ed inesatta rispetto al reale.

E poi pensate, o giovani, che non basta per essere insegnante di Clinica possedere tutte le facoltà che conducono a formulare un giudizio diagnostico esatto e fortunato: occorre far comprendere il valore delle operazioni mentali, che guidano sul binario di quella precisa conclusione; ma v'ha di più, avvertire gli iniziandi che quando, superate le enormi difficoltà, di cui è irto il cammino, siamo riusciti a rintracciare la strada maestra, che mena alla verità clinica, questa verità è vera solo nell'istante in cui si enuncia, essa cambia di attimo in attimo, cosicchè bisogna rincorrerla nelle sue continue mutazioni, se non vogliamo snaturarla, perderla di vista. D'onde l'obbligo da parte di chi insegna Clinica di incitare i giovani a ben comprendere l'intricato meccanismo della verità diagnostica, che è base di una lunga e diligente osservazione.

Nel formulare la diagnosi non bisogna essere troppo ligi alle teorie, alle ipotesi, anche se queste, per ricerche, che sono talora capaci di suscitare, possano indirettamente condurre alla verità, ma procedere per tappe, nè andare oltre, senza la sicura dimostrazione di quanto si è fino a quel punto constatato; ed anche quando l'edificio diagnostico sembrerà costruito con pietre saldamente collocate, dalla mente del Clinico non dovrà mai esulare il dubbio: egli dovrà anzi diffidare sempre, diffidare di tutto, principalmente che vi siano diagnosi facili.

Il maggior conforto per un Clinico, che si sforzi ad educare i giovani al metodo della diagnosi diretta, è di vedere come, giunti all'esatto rilievo dei sintomi, essi mostrino una grande esitazione nel giudizio, e sono di solito i predestinati a diventare ottimi medici

pratici. Ricordarsi dunque di lasciare sempre un margine per l'indeterminato e riflettere alle molteplici cause di errore che ci minacciano da ogni parte, se è vero — come osserva il Murri — che « il tempo dell'infallibilità ha da venire ancora ».

L'errore di diagnosi è possibile anche al medico più accurato. Il giudizio clinico, infatti, se escludiamo quella che può essere chiamata la diagnosi « per riconoscimento o per analogia », molte volte è un giudizio di probabilità, e come tale soggetto all'errore. Ed anche quando, come si è detto, il medico per il proprio potere intellettivo raggiunga la conoscenza del male, senza che nessuno degli argomenti addotti a base del suo ragionamento abbia un fondamento logico per il giudizio espresso, la sua diagnosi avrà il valore di una opinione, giusta quanto si vuole, ma non acquisterà carattere di verità scientifica e per conseguenza durevole, a meno che ciò non risulti dall'esame diretto dei fatti; e questo suo giudizio diagnostico sarà dunque ugualmente passibile di errore.

E' necessario quindi far conoscere i tentativi falliti di diagnosi e le ragioni che condussero allo sbaglio. Nulla più dell'errore diagnostico può riuscire utile per ammaestrare i giovani. Il Clinico deve con sincerità confessare i propri errori di diagnosi, perchè appunto dalla loro esatta e serena valutazione la conoscenza potrà fare un balzo avanti.

« E' stata una disfatta diagnostica », soleva dire il Cardarelli nell'epicrisi dei suoi casi con diagnosi non confermata al tavolo anatomico, ma aggiungeva: « quando vi capita, o giovani, un caso simile, tenete presenti tutte le ragioni che stanno per la diagnosi da me posta e che tornerei sempre a porre, se i fatti, su cui ho fondato il ragionamento, fossero gli stessi; ma tenete pure presente la possibilità che la diagnosi possa essere invece quest'altra ».

Le più belle lezioni del Murri erano quelle in cui Egli giustificava l'errore di diagnosi, e nella confessione franca, adorna di potenza logica insuperabile, i giovani misuravano la sua grandezza di Maestro e di Clinico!

Ma se il medico deve piegare il capo dinanzi ad errori diagnostici che sono inevitabili, cerchi di diminuire quelli derivanti dalla deficienza delle armi e dell'arte, di cui deve essere agguerrito ogni buon diagnosticatore. Raccogliere un'anamnesi minuta, ordinata, perfetta del malato, e sempre con scrupolosa obbiettività. Orbene in questa semplice trascrizione dei fatti, quanto mai particolare attitudine si richiede!

Ogni notizia sia messa cronologicamente al suo posto, in modo da seguire la successione del processo morboso, nessuna frase implichi un giudizio prematuro o preconcetto, si vada in altre parole alla ricerca del vero, senza preoccuparsi che esso sia in un punto piuttosto che in un altro; interessante è sapere dove è. Essere fine obbiettivista, usando per il rilievo dei varî segni esattezza ed accorgimenti di tecnica, nonchè acutezza di sensi, resa possibile dalla specializzazione della indagine.

Discutere con ragionamentto critico e con equilibrio perfetto l'anamnesi nei suoi elementi utili alla diagnosi ed i reperti dell'esame obbiettivo, integrato da quello radiologico e di laboratorio, aggruppare, discernere i singoli fenomeni, stabilirne la subordinazione a seconda del loro valore patogenetico e diagnostico, senza peraltro mai forzare un dato a significare ciò che non può, e con una rapida sintesi esprimere il giudizio. Orbene, in questa attitudine mentale del Clinico è implicita la sua precisa funzione didattica: la differenza grande, cioè, che corre fra l'insegnamento della patologia speciale medica, anche se integrato da una completa dimostrazione, e quello della Clinica medica. Il primo, indispensabile alla educazione metodica dello studente, ha per iscopo di fargli conoscere il complesso dottrinale delle varie malattie, e valendosi delle acquisizioni scientifiche, soprattutto quelle inerenti alla patologia generale ed anatomia patologica, di discutere a fondo le cause dei morbi, il meccanismo genetico di ogni sintomo, i criterî generali valevoli per la diagnosi, per la prognosi e la cura delle singole affezioni. Nella clinica, invece, partendo dai sintomi offerti da un malato, se ne valuta l'esatto valore in rapporto a quell'individuo infermo, con l'obbiettivo preciso di rintracciarne la causa, la sede, il fondamento del suo male, il che necessariamente orienta il pensiero verso varie possibilità diagnostiche, per trarne da ultimo un giudizio preciso che comporti esattezza nella prognosi e nei suggerimenti terapeutici di quel caso. Le direttive dell'uno e dell'altro insegnamento sono dunque opposti: l'insegnante di Clinica deve essere buon patologo, ma non basta, deve essere soprattutto clinico, possedere un abito mentale, che è proprio del Clinico. Eppure questa distinzione non è sentita da tutti e si va talora affermando che Patologia e Clinica siano un'unica cosa! Orbene, l'Orsi, il Baccelli, il Cardarelli, il Murri, il Grocco, il Riva furono patologi consumati, come appunto devono essere i clinici, ma rifulsero per la loro mentalità clinica lucidissima, furono cioè clinici oltre che patologi!

E non manchi l'insegnante di Clinica, se vuole essere il vero educatore dei suoi giovani e di se stesso, di valersi del controllo operatorio ed anatomo-patologico, il solo mezzo per svelare la bontà del metodo clinico seguito. Ed anche se il chirurgo o l'anatomo-patologo non riescono talora ad interpretare la causa del morbo e della morte, è certo che le sale operatorie ed anatomiche rappresentano palestre feconde, ove si affina il senso clinico dei giovani.

*
* *

L'Istituto di Clinica Medica ha infine la funzione di insegnare allo studente come si stabilisce la prognosi e come si deve curare il malato. Ma il giudizio prognostico non è che conseguenza diretta della diagnosi, ed una buona diagnosi spesso comporta una buona cura. Dei tre atti essenziali della nostra vita professionale, il più importante è il diagnosticare; nondimeno il buon nome del medico suole essere legato all'enunciazione del giudizio prognostico ed al risultato della cura. Da quando, seguendo gli studî costituzionalistici del De Giovanni e del Viola, è penetrata nella coscienza del medico, l'impronta che la personalità del malato traccia alla forma clinica, nuove direttive sono seguite nel campo della prognosi e della cura, a vantaggio dei pazienti.

La medicina deve avere per scopo pratico finale la cura dell'infermo e ad essa occorre convergere tutti i nostri sforzi. La lotta contro le malattie, il soccorso al malato, costituirono attraverso i secoli l'assillante, supremo miraggio di ogni medico, donde la medicina è per eccellenza terapeutica. Sia stata la terapia veramente scientifica o forzatamente intuitiva, poco importò agli antichi: anche quando è « vera arte » essa può giovare a chi soffre! E' certo però che lo studio clinico della cura, se pure all'ora presente può dirsi progredito con le sue vittorie raggiunte, e guardare con fiducia verso quella mèta, che ne deve sancire l'alta finalità, ha peraltro bisogno di essere ancora meglio condotto e soprattutto difeso da ogni possibile insidia.

*
* *

Tale, o cari giovani, è la funzione della Clinica medica, tale il programma di lavoro che ci attende. Ma perchè dall'insegnamento di questa nostra sublime disciplina possiate trarre profitto, è indispensabile che il vostro spirito, mediante lo studio disciplinato, agisca in armonia con l'opera di chi vi istruisce.

Se fra studente ed insegnante venissero a mancare quei rapporti di consenso che rappresentano il cibo dell'anima, la parola del Maestro sarebbe sterile, come un seme gettato fra le spine. Il Maestro non deve soltanto farsi udire dalla Cattedra, ma accostarsi ai suoi giovani con infinita benevolenza, conoscerli, il più che sia possibile, con occhio indagatore, guidarli, sorreggerli, diventarne l'amico. Morgagni, il Grande, li amava, li conosceva i suoi allievi dal primo all'ultimo, ed essi erano così avvinti a Lui, da sentire moltiplicarsi le risonanze, che venivano dalla sua voce, e profonda la nostalgia del Maestro, anche dopo lunghi anni di vita professionale, specie nei momenti difficili.

Orbene, la cooperazione vostra io invoco per superare le difficoltà che mi aspettano.

O giovani, che mi ascoltate, tenete a mente il monito Oraziano: « *Si vis me flere, tibi primum flendum* », monito che si riferisce all'arte, ed io dico anche alla Scienza, perchè il Clinico, come l'artista, non può scindere dalla propria psiche l'osservazione dei fenomeni naturali.

È sacro il raccogliersi dell'intelletto su sè stesso, quando fa trionfare il sentimento, il quale eleva ad arte la Scienza, la perfeziona, la sublima nella forma più pura di idealità. Sapere e bontà non possono essere disgiunte, perchè il malato implora la sapienza del medico, che sia ad un tempo parola consolatrice. La medicina è amore: in tutte le miserie della vita essa splende bella e benefica e la irradia e la benedice e la innalza in una perpetua fioritura di speranze, come il sole fa per la terra, che ai suoi baci si feconda e prospera.

La medicina è un apostolato, che emana luce di umana pietà, e chi la pratica sappia far suo con l'esempio, con la parola e con l'opera l'umano dolore. Solo così si affina il senso clinico, ed il medico, di fronte al suo malato, si rende, secondo l'espressione ippocratica, « sapiente, umano e simile ad un Dio! ».

Complessa è dunque la funzione della medicina, o giovani: essa non chiede a Voi soltanto amore e pietà, ma che vi guadagniate la fiducia del povero infermo, e se il lucro non sarà adeguato alla Vostra fatica, accogliete, in sua vece quella soddisfazione morale, quella gioia intima, purissima, che deriva dall'aver fatto del bene. E ne sarete compensati ad usura.

Non facile, certo, è questa sovrana funzione: essa Vi obbliga a conoscere voi stessi, ma se un alito di sentimento infiamma la Vostra fede, se un atto generoso fa bello il sacrificio, se passione di questa scienza ed arte vi vince, potrete essere certi di assolvere bene il vostro ministero.

Ed ho finito.

L'austera porta di questo Ateneo, o giovani, si dichiude a Voi amorosamente, come Madre, che attende il figlio a braccia aperte: soffermiamoci e pieghiamo il capo con riverenza.

Essa perpetua i nomi gloriosi dei Compagni vostri, che vollero e seppero fare olocausto della loro primavera « per amor di Colei, che al Sol vi diede ».

Sono scolpiti a lettere di bronzo, perchè vivano perenni anche nei vostri cuori ed ammoniscano quotidianamente che qui, in questo luogo sacro al culto della Scienza e della Patria, fioriscono le speranze e si rinnovella la giovinezza, per la quale l'Università antica non invecchia mai!

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura delle scottature.

Dott. ROSARIO SATULLO.

La gravità delle scottature varia secondo l'estensione, la profondità e l'importanza degli organi affetti. Potrà una leggera lesione, appena notata sulla pelle, predisporre, in gola, edema della glottide e terminare colla morte; una scottatura profonda ma limitata è infinitamente meno grave di una ustione superficiale ma molto estesa. Dovrà la cura prender norma da tutte queste particolarità o differenze. Nella cura delle scottature, specialmente quelle scoperte (viso, collo, petto, mani) la maggiore preoccupazione del sofferente ed anche del medico è il modo di guarigione pel fatto che, ordinariamente, si hanno dei postumi incresciosi residuando, molto spesso, delle cicatrici visibili e qualche volta dei cheloidi.

E perciò, attraverso gli anni, si sono adoperati i medicinali più diversi: soluzioni borosaliciliche, linimento oleo-calcare, pomate a base di vasellina e ossido di zinco, di euroforme, xeroformio.

Si dissero mirabilia della Microcidina (miscuglio di naftolo, fenolo e naftolato di sodio) della pomata all'acido tannico, al rosso scarlatto, della soluzione di acido picrico. Però tutti questi farmaci sono stati ormai abbandonati e perchè la guarigione si faceva a lungo aspettare, e perchè l'ustionato soffriva ogni giorno pel rinnovo della medicatura, e perchè residuavano quasi sempre cicatrici deformanti.

Ultimamente il Barthe de Sandfort ha divulgato l'uso dell'Ambrina.

Si adopera pure con frequenza la paraffina chirurgica. In realtà trattasi di una terapia molto utile non solo perchè attiva la cicatrizzazione, ma anche perchè rende le piaghe indolori. La crosta formata dalla paraffina, infatti, ha la proprietà di non aderire alla piaga che per pochi momenti; poi le secrezioni la distaccano, cosicchè, rifacendo la medicatura, non si provocano dolori all'infermo, nè lacerazioni vasali sulla superficie scottata, nè distacco della neoepidermide ai margini della piaga stessa. Però, io che ho usato, in molti casi di ustioni, queste specialità, ho potuto constatare che esse si mostrano, sì, efficaci, ma relativamente a tutti gli altri topici, avendo anch'esse gravissimi inconvenienti.

Ed invero, anche con la medicazione a base di paraffina ho visto che, con frequenza, la piaga s'infettava, che non sempre riuscivo ad asportarne l'intero strato senza che la piaga non sanguinasse, che la guarigione andava per le lunghe, che le cicatrici erano spesso molto appariscenti, deformi, deturpanti.

Fra molti scottati (*) ho curato due bambine, una dell'età di quattro, l'altra di otto anni, che avevano riportato scottature di 1°, 2° e 3° grado per acqua bollente; la prima alla faccia antero-esterna dell'arto superiore destro ed all'emitorace anteriore omonimo; la seconda alla faccia antero-esterna della coscia sinistra ed all'ipocondrio corrispondente.

Orbene, queste bambine che, fin dall'accidente, furono curate colla paraffina, guarirono dopo tre mesi circa di vive sofferenze e con cicatrici deformi, a rilievi, papuloidi, a striscie ed a cercini, di dimensioni diverse, da cui si irradiano nella pelle sana delle briglie biforcate come branche di gamberi.

E pertanto, ho sempre pensato che, nella cura delle scottature, tutte le medicazioni, dalle più antiche alle più moderne, sono più o meno irrazionali, più o meno nocive, inquantochè ostacolano sempre, anzichè agevolare, il processo della cicatrizzazione, aumentando, sempre più, la irritazione dei tessuti già irritati coi loro stimoli chimici e meccanici e determinando la suppurazione, la quale « è causa di quelle granulazioni carnose e vegetanti che conducono alla formazione di cicatrici deformi e cheloidi » (4).

Si deve alla signora Nageotte Wilbonchewitch (1) il merito d'aver dimostrato e bene che la guarigione rapida, completa, indolente delle ustioni non è opera di topici. Senza negare ai diversi topici le virtù *cheratogeniche* speciali, è da credere che il miglior mezzo di calmare il dolore è di prevenire l'infezione dei tessuti bruciati; che il miglior mezzo per ottenere una guarigione ed una buona cicatrice è di preservare l'evoluzione riparatrice naturale da ogni agente settico o chimico (2).

Ultimamente il dott. G. Mecca (4) ha affermato che è proprio la irritazione meccanica degli impacchi e delle fasciature in genere quella che, più di ogni altra causa, ostacola la guarigione naturale delle ustioni e facilita l'attecchimento dei piogeni che trovano ulteriormente diminuita la difesa dei tessuti. Raccomanda, pertanto, che la fasciatura protettiva non tocchi e non sfreghi la piaga, la quale

(*) In questo Comune le scottature sono molto frequenti, specialmente nei bambini, poichè, in tutte le famiglie, d'inverno, si tiene il cosidetto *braciere*.

deve rimanere a contatto dell'aria senza per altro trovarsi allo scoperto.

In ogni scottatura, adunque, quale che sia il grado di essa, per guarire al più presto possibile e per non dar luogo a cicatrici deformanti, si deve mirare a questi due obbiettivi fondamentali: impedirne la suppurazione, non irritarne la superficie.

Anche nelle ustioni, come in qualsiasi ferita, la prima e più importante mira è di evitare l'infezione, poichè è risaputo che la è impregnata da microorganismi di ogni specie, i quali non si distruggono affatto con la scottatura.

È necessario, quindi, preparare la regione ambiente prima, la zona bruciata poi, come si fa in un campo operatorio contando più sulla detersione meccanica che su tutte le lavature antisettiche. Bisogna, insomma, fare dell'asepsi e non dell'antisepsi. Peraltro asepsi, in questo caso, non deve voler dire completa assenza di germi; ma che ce ne sia il minor numero possibile, resi inoffensivi, in un terreno non propizio; che ne sia impedito l'ulteriore arrivo (6).

Richiesta l'opera nostra da uno scottato, bisogna coprire provvisoriamente la piaga con garza sterile o bollita per evitarne l'inquinamento, rendere asettica la bruciatura pulendo con saponata e con benzina od etere tutta la cute sana intorno alla zona scottata per un raggio piuttosto ampio; si discioglie, così, il grasso e si libera l'epidermide da ogni intonaco nerastro. Si lava, quindi, tutta la superficie ustionata con acqua bollita tiepida e cloruro di sodio, fregando dolcemente con compresse di garza bollita la pelle arrossata, annerita, disseminata di flittene, che bisogna pungere asetticamente se molte grosse. Si disinfetta, infine, con tintura di iodio molto diluita, la pelle intorno alla scottatura e la stessa zona ustionata. Per attutire il dolore urente vi si può applicare, nella prima medicazione, una pomata agli anti-virus preparata secondo il metodo del prof. Besredka: è il miglior topico che si possa utilizzare perchè non è irritante e può prevenire le infezioni secondarie. In ultimo si protegge la piaga con fasciatura disposta in modo che non la tocchi e non la sfreghi menomamente.

Per le scottature della faccia, del collo, del petto, di primo e di secondo grado, di piccola estensione, si può adoperare la medicatura del dottor Mincione. Fatta, cioè, l'asepsi della zona ustionata vi si applicano delle striscie di cerotto di caucciù in modo da ricoprirla completamente e curando che il cerotto aderisca per due o tre centimetri sulla pelle sana; si copre quindi con garza e con fasciatura (5).

La medicazione deve rinnovarsi ogni due giorni; la guarigione, molto spesso, è rapidissima, con cicatrici affatto invisibili.

Però, nelle scottature più gravi e di una certa estensione, questa medicatura non sempre dà buoni risultati per il fatto che, spesso, la piaga s'infetta e dietro il cerotto impermeabile si raccoglie la secrezione delle cellule irritate, che macera il giovane epitelio. In questi casi è preferibile adattare sulla pelle sana circostante la piaga della garza sterile, imbottita di cotone idrofilo, in modo da formare una specie di anello rialzato un paio di centimetri, su cui si adatta un disco di garza sterile in più fogli, e si assicura il tutto con striscie di cerotto di caucciù. Così facendo, la garza ricoprirà la piaga senza toccarla o comunque sfiorarla.

Se non c'è febbre si lascia detta medicazione per tre o quattro giorni, a seconda la gravità della scottatura e la quantità delle secrezioni; rinnovandola, si trova la piaga asciutta, ricoperta di squame al disotto delle quali appare la neoepidermide bella e formata. Dopo tre o quattro medicature, l'ustione guarisce senza lasciare la menoma traccia.

Per le scottature del tronco si improvviserà un mezzo qualsiasi: l'importante è che la piaga rimanga coperta senza che la fasciatura la tocchi o menomamente la sfreghi.

Si può raggiungere lo scopo adoperando uno scatolo di cartone qualsiasi coi laterali e col fondo, o un quadrilatero di rete metallica, di quella che si adopera per le fratture, resi sterili nella parte interna con lavatura di alcool, praticando agli angoli dei tagli diagonali e rovesciandone i margini ed assicurando il tutto con fasciatura.

Per quelle degli arti si improvvisano due bracciali di garza imbottita di cotone uno a valle e l'altro a monte della lesione. Su di essi si applica del cartone a guisa di manicotto e si assicura con giri di fascia. Con questi semplici mezzi la piaga resta a fondo del manicotto o dello scatolo, in contatto con l'aria, ma non è menomamente toccata dalla fasciatura (4).

Affermo per averlo sperimentato tante volte che questo metodo semplicissimo assicura una guarigione rapida ed una cicatrice migliore; risultato che non si ottiene mai coi metodi di cura ordinaria.

Questa pratica non è semplicemente applicabile alle scottature dei primi tre gradi: essa lo è ancora alle bruciature profonde, alle larghe escare.

Se la cura asettica è istituita subito e bene istituita; se la piaga sia ben coperta, le placche mortificate si distaccano e cadono e la cicatrizzazione prosegue e si compie, senza suppurazione, poichè oggi non si ammette più che suppurazione ed eliminazione di escare siano due processi connessi.

Con tale medicatura così semplice e così facile, alla portata di tutti, e molto adatta nei bambini, tanto sensibili al dolore e ribelli all'opera del medico, ho avuto costantemente risultati sorprendenti con guarigioni rapide e cicatrici invisibili, al viso, al collo, al petto ed alle mani di molti ustionati, specialmente di signore e signorine le quali erano tanto addolorate e preoccupate per l'eventuale deturpazione della loro cosmesi.

Infatti, otto casi di scottature di primo e secondo grado alla faccia, al collo, al petto, alle mani ed ai glutei in bambini fra i primi due anni sono guarite in meno di otto giorni con cicatrici invisibili.

Sei casi di ustioni di primo, secondo e terzo grado in ragazzi dai sei agli otto anni alle gambe ed alla faccia posteriore delle cosce sono guariti in circa dodici giorni lasciando cicatrici appena visibili.

Cinque casi di scottature di primo e secondo grado ed, in qualche punto, di terzo grado, in signore e signorine a cui era spruzzato in faccia ed al petto dell'olio e dell'acqua bollenti sono guariti in otto giorni senza residuarne la menoma traccia.

Come spiegare la guarigione rapida e senza postumi incresciosi con una medicatura tanto semplice?

In tutte le scottature, dalle più lievi alle più gravi, esiste sempre uno strato irritativo caratterizzato da vivo arrossamento (ectasia capillare) e moderato gonfiore, che è la sede dei fenomeni umorali e cellulari di riparazione. Nelle scottature di primo grado, questo strato rappresenta tutta la lesione, in quelle dei gradi più gravi costituisce, invece, lo strato limite fra i tessuti sani e quelli alterati dal calore (5).

Incominciato, quindi, il lavorìo di cicatrizzazione in quelle di primo grado, l'iperemia gradualmente scompare, il circolo collaterale si ristabilisce, avviene il riassorbimento dell'imbibizione essudativa e la formazione della neoepidermide. In quelle di secondo e terzo grado, sgorgato l'essudato delle flittene, se ne elimina la membrana. Dallo strato limite iperemico irritativo incomincia la proliferazione dell'epitelio malpighiano: concorrono alla proliferazione gli epitelii delle propaggini malpighiane tra le papille del derma e quelle che rivestono le ghiandole sudoripare ed i follicoli piliferi.

Ora, se durante lo svolgersi di questi delicati processi cellulari ed umorali, si ha l'assenza di cause locali biologiche, meccaniche o chimiche, capaci di alterare la vitalità e lo sviluppo del tessuto di riparazione, è semplicemente sorprendente osservare come la neoformazione dell'epidermide si avanza rapida e senza esuberanze, tanto che in pochissimi giorni si ha la guarigione, con cicatrici invisibili.

Se, invece, la scottatura viene curata empiricamente, con l'applicazione di topici diversi, si verifica fatalmente un processo infiammatorio suppurante, acuito sempre più dall'irritazione meccanica della fasciatura; si ha la formazione di tessuto granuleggiante, di bottoni carnosi esuberanti, che portano a lungo la guarigione e determinano cicatrici deformi e cheloidi, esageratamente sporgenti, ritraentisi, spostando la cute di regioni prossime, o saldando fra loro superficî contigue, o fissando segmenti di arti in flessione (6).

Questa mia breve nota ha, pertanto, il modesto scopo — dopo aver collocato in un quadretto d'insieme i più recenti metodi di cura tentati nelle scottature — di far presente ai colleghi che sarebbe utilissimo, ormai, abbandonare i topici, gli empiastri, le specialità cheratogeniche più o meno decantate, i quali non producono altro effeto che quello di far soffrire i poveri pazienti e, specialmente, i piccoli pazienti; di cagionare agli ammalati il quotidiano ed interminabile suppliziò della rinnovazione della medicatura attaccata alla piaga; di procurare ad ogni rinnovo della stessa emorragie e di distruggere la neoepidermide, che la « vis medicatrix naturae », sollecita e benigna e sapiente, produce e rinnova dalla periferia della piaga, dallo strato limite irritativo fra i tessuti sani ed alterati: di apportare sulla piaga innumerevoli germi per produrvi stati suppurativi più o meno gravi, allontanando la guarigione e disponendo quel tessuto di granulazione che costituisce, infine, cicatrici esuberanti e deformi.

Adoperiamo, invece, il metodo asettico che è semplice, pratico, alla portata di tutti ed aboliamo gli stimoli meccanici facendo in modo, con accorgimenti più o meno ingegno-

sì, che la medicatura ricopra, sì, ma non tocchi, non irriti, non sfreghi la piaga.

*
* *

Questo metodo, infatti, è superiore, di gran lunga, a tutti gli altri, perchè abolisce e rende meno intensi i dolori, che, negli ustionati, adulti o bambini, sono urenti, vivissimi, insopportabili: la rigenerazione dell'epidermide si compie più rapidamente, le cicatrici sono meno sporgenti e meno deformi ed hanno minore inclinazione a retrarsi.

Leggera è la febbre, o manca del tutto; mancano i fenomeni settici, si conserva bene l'appetito e lo stato generale.

RIASSUNTO.

L'A. enumera i diversi metodi di cura delle scottature e li giudica tutti dannosi perchè ritardano la guarigione e lasciano cicatrici deformi. Basandosi su sue osservazioni, raccomanda una nuova cura consistente nel ricoprire la superficie scottata con medicatura sterile, facendo in modo che la fasciatura non tocchi la piaga. Trattate così le ustioni guariscono rapidamente con cicatrici invisibili.

Militello Rosmarino, agosto 1932-X.

AUTORI CONSULTATI.

1) NAGEOTTE WILBUCHEWITCH. *Traitement antiseptique des brulures.* Thèse de doct., 1893.
2) LEJARS. *Trattato di chirurgia di urgenza.*
3) FORGUES et RECLUS. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
4) G. MECCA. *Di un metodo per la cura delle ustioni.* La Pratica Pediatrica, febbraio, 1932.
5) A. MINCIONE. *La cura delle scottature col cerotto di caucciù.* La Medicina Pratica, dicembre 1929.
6) AIEVOLI. *Quesiti di patologia clinica e terapia chirurgica.*
7) LANDARER. *Manuale di patologia e terapia chirurgica generale.*

MEDICINA SOCIALE

Sulla cura della sifilide nelle prostitute.

Opportunità della istituzione di una cartella clinica obbligatoria.

Dott. FERDINANDO MACCARI,
docente di Clinica Dermosifilopatica.

I mezzi dei quali oggi si dispone per la cura della sifilide permettono al medico — se usati accortamente — non solo di condurre a guarigione in breve tempo moltissime delle manifestazioni di questa malattia, ma spesso anche di guarire l'infezione stessa.

Ho detto « se usati accortamente » perchè è ovvio che non basta l'introduzione nell'organismo di arsenobenzolo o di mercurio o di bismuto per potere sperare in brillanti resultati terapeutici, nè la sifilide è una malattia che si possa curare secondo schemi prestabiliti. È, al contrario, assolutamente indispensabile per intraprenderne una efficace terapia una conoscenza perfetta, oltre che dei medicamenti da usarsi e della loro azione nell'organismo, della patologia e della clinica della infezione, delle condizioni individuali del malato e della sua morbilità passata e presente, (elementi questi che possono conferire alla malattia particolarità speciali nel suo decorso e nelle sue manifestazioni) e inoltre l'età dell'infezione, le cure già eseguite, la loro tolleranza, ecc. ecc.

Ora, se nella pratica corrente è relativamente facile venire a conoscere tutto ciò dal malato stesso che spontaneamente ricorre al medico e con questo si adopera nel migliore modo che gli è possibile di collaborare, rendendolo edotto di tutte le circostanze in rapporto colla malattia, in alcuni determinati casi, per alcune categorie di persone la cosa può offrire difficoltà che ostacolano assai la scelta di una appropriata linea di condotta terapeutica: intendo riferirmi alle donne che esercitano la prostituzione nelle case di tolleranza per le quali ha inoltre grandissima importanza la profilassi.

Nella mia qualità di medico visitatore queste difficoltà mi si presentano direi quasi ogni giorno. L'accertare l'esistenza o meno di manifestazioni luetiche non è tutto per stabilire la contagiosità di una donna ed io penso che il compito del medico incaricato di tale sorveglianza non debba arrestarsi a questo: intanto non bisogna dimenticare la possibilità che la sifilide possa essere trasmessa, specialmente nei primi anni, anche all'infuori di manifestazioni cutanee o mucose per mezzo di secre-

zioni e di escrezioni contenenti il treponema. Quindi è evidente che altri e maggiori problemi deve il medico visitatore tenere presenti e cercare di risolvere prima di venire alla conclusione se una donna offre pericolo di contagio o no. Inoltre deve provvedere alla cura per la tutela della salute della prostituta e per salvaguardare quella degli altri.

Ma il medico visitatore non possiede nessun mezzo per eseguire tali indagini che pure sono indispensabili e senza le quali non è possibile emettere un giudizio probativo riguardo alla contagiosità di una donna nè istituire una cura appropriata.

Per questa deficienza spesso si deve constatare che l'iniziativa e la condotta della cura è in realtà in mano alle malate stesse, che, per dire il vero nella maggiore parte dei casi, sono convinte della sua necessità. Si ha così che esse si curano talora più del necessario; più spesso meno, sempre irrazionalmente. Ne conseguono danni all'organismo per abuso di As, Bi, Hg, o riattivazioni e provocazioni di sifilidi altrimenti latenti o infine formazione di sifilidi resistenti ai vari medicamenti e, per quello che riguarda la profilassi, la nessuna garanzia sulla contagiosità della donna.

Per citare qualche esempio di come viene ora eseguita la cura della sifilide nelle prostitute, dirò che capita spesso constatare che questa viene fatta (senza tener conto di nessun elemento riguardante la sintomatologia o la età dell'infezione), ad ogni primavera o ad ogni « cambiamento di stagione » e ripetuta così per anni ed anni, spesso usando sempre lo stesso preparato. Altrettanto spesso per ogni serie non vengono eseguite più di 4-5 iniezioni. Cure evidentemente non sufficienti e spesso nocive.

In alcuni centri invece i medici -- con criterio altrettanto irragionevole — impongono a tutte le prostitute indistintamente di eseguire durante la permanenza nella loro città una serie di iniezioni, imposizione che tentano giustificare con esigenze di profilassi, ma condannabile sotto ogni punto di vista terapeutico e profilattico. Tutti metodi di cura, che oggi, con le conoscenze acquistate sulla patologia della sifilide non si possono più ammettere.

Ad ovviare tutti questi inconvenienti sarebbe necessario mettere il medico in condizioni di assumere egli stesso la guida della cura di queste ragazze fornendolo dei dati necessari, senza che abbia bisogno per questo di attingere le notizie indispensabili direttamente dalla donna, che spesso dice solamente quello che ritiene essere suo interesse e che in ogni modo quasi mai è in condizioni di fare un racconto particolareggiato e preciso di quanto può interessare.

A me sembra che l'istituzione di una cartella clinica in cui fossero segnati i dati riferentisi alla malattia e alla cura dovrebbe bene rispondere allo scopo. Tali cartelle dovrebbero essere tenute al corrente dai medici visitatori, di dispensario e delle sale celtiche che hanno in osservazione e in cura le prostitute.

Tale cartella sarebbe utile anche per rendere edotto il medico sulle altre malattie veneree e sulla salute generale della donna specialmente nei riguardi della tubercolosi.

Più di una volta infatti ho trovato prostitute affette da forme polmonari di natura tubercolare con reperto di bacilli di Koch nello sputo, vere seminatrici di bacilli che i colleghi che mi avevano preceduto non avevano avuto modo di segnalarmi e che io ho cercato di allontanare dalle case.

L'istituzione della cartella clinica servirebbe anche di garanzia perchè una serie di iniezioni iniziata in una città venga continuata e condotta a termine in un'altra. Garanzia che ora manca assolutamente e che spesso sarebbe utile possedere se si pensa che una ragazza non rimane generalmente in una stessa città più di 15 giorni, tempo sempre troppo breve per condurre a termine un'intiera serie di iniezioni.

Ma un tale provvedimento non potrà dare tutti i vantaggi che da esso ci si deve aspettare senza che sia reso obbligatorio e applicato con un unico modello ovunque, per ogni prostituta. Ciò non si può ottenere senza opportune disposizioni emanate dalle Superiori Autorità.

Occorre quindi la Loro approvazione. Il Governo fascista ha mostrato sempre vivo interessamento in tutto ciò che può contribuire a salvaguardare l'integrità fisica del popolo italiano; ed è da ricordare fra le numerose provvidenze intese a questo fine che uno dei suoi primi atti fu il regolamento Mussolini sulla profilassi delle malattie veneree del 23 marzo 1923, regolamento che segnò un notevole progresso in confronto alle vecchie disposizioni, nella legislazione della prevenzione delle infezioni veneree.

Voglio sperare quindi che le Superiori Autorità prendano in esame questa mia proposta intesa a dare ai medici che esercitano la sorveglianza sul meretricio un'arma di più nella lotta contro il pericolo venereo che, fra

i molti che minacciano la società, è tanto più pernicioso e temibile in quanto non solo colpisce l'uomo nell'età più bella della vita, quale la giovinezza e in quella più feconda di opere come la maturità, ma anche perchè la sua azione nefasta si continua, menomandole, nelle successive generazioni.

Siena, novembre 1932.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ

Importanza e significato del virus tubercolare filtrabile.

Vengono messi in rilievo da A. Calmette (*Journal de méd. de Paris*, 3 nov. 1932). Egli si occupa anche dei lavori di G. Sanarelli ed A. Alessandrini ed osserva che mediante ricerche di laboratorio si può seguire il ciclo di evoluzione dell'ultravirus e studiarne le proprietà patogene, che sembrano molto diverse da quelle che vediamo abitualmente in seguito ad inoculazioni sperimentali con i bacilli di Koch.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, si può affermare frattanto che gli elementi invisibili e filtrabili esistono e che essi hanno una parte essenziale nei fenomeni di infezione e di intossicazione ereditaria osservati nei bambini nati da madri tubercolose. Questo studio biologico è appena agli inizi ed è reso difficile dalla nostra ignoranza delle condizioni in cui tali elementi possono originare gli elementi bacillari tubercoligeni.

L'A. emette in proposito le seguenti ipotesi.

È allo stato di elementi invisibili e filtrabili che il virus tubercolare è veramente patogeno e tossigeno. È proprio in questo stato che esso determina gravi fenomeni d'infezione e d'intossicazione cellulare, con effetti particolarmente sul sistema nervoso (denutrizione progressiva dei neonati, atrepsia, meningismo).

Quando la sua virulenza si attenua, esso si adatta alla vita parassitaria; la reazione di difesa delle cellule determina, da un lato, l'evoluzione bacillare del virus, dall'altro la formazione di cellule giganti o tubercoli elementari. Il parassitismo bacillare si installa in un organismo reso sempre più resistente (o refrattario) dall'assuefazione ai prodotti tossici degli elementi filtrabili e si stabilisce allora la tubercolosi, che rimane confinata e latente oppure diventa progressiva secondo che l'immunità acquisita, di fronte ai prodotti tossici degli elementi filtrabili è più o meno solida.

Si comprende così che in un gran numero di individui, al pari degli animali che hanno ricevuto una dose non mortale di ultravirus, l'infezione bacillare rimanga latente od occulta e rivelabile soltanto dalla sensibilità tubercolinica. Essi, al pari degli individui immunizzati col BCG, offrono resistenza alle sovrinfezioni bacillari.

Quella che noi chiamiamo tubercolosi, caratterizzata dalla presenza nei vari organi e specialmente dei gangli linfatici e nei polmoni, delle cellule giganti e dei noduli tubercolari contenenti i bacilli di Koch più o meno virulenti ed inoculabili rappresenta la forma cronica o la fase terminale di un'infezione realizzata da un ultravirus di cui gli elementi, dapprima invisibili, poi a grani di polvere e non acido-resistenti e poi granulosi ed acido-resistenti, diventano finalmente i bacilli di Koch.

È in quest'ultimo stadio bacillare, o quando essi si sono adattati alla vita parassitaria in un organismo sensibile, che gli elementi nati dall'ultravirus danno origine ai noduli tubercolari. Essi sono allora tubercoligeni, ma, in tale stato bacillare, hanno perduto gran parte delle loro proprietà tossigene e producono allora il veleno termostabile — la tubercolina — a cui l'organismo si abitua e può anche tollerare abbastanza bene.

L'A. propone, pertanto, di distinguere tutte le forme d'infezione in cui l'ultravirus è in questione dalla bacillosi propriamente detta e di raggrupparle sotto il nome di *granulemia prebacillare*. Questa, salvo la denutrizione progressiva dei neonati, la meningite e la granulia, sarebbe relativamente benigna, mentre sotto il nome di bacillosi, vanno annoverate le infezioni generalizzate o localizzate con formazione di follicoli tubercolari, ricchi in elementi bacillari acido-resistenti e che evolvono ordinariamente con andamento cronico.

Non sembra più esservi dubbio, continua l'A., che in molte infezioni bacillari spontanee, una tappa prebacillare virulenta preceda la comparsa di bacilli acido-resistenti e le localizzazioni tubercolari. Queste non sarebbero che l'ultimo atto di un dramma di cui il prologo è stata una infezione generale linfatica o sanguigna, realizzata sia dall'ultravirus, sia da forme dapprima granulari e poi bacillari che ne derivano. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE.

Tempo di coagulazione e retrattilità del coagulo di sangue.

(A. MONTANARI. *Rivista di Clinica Medica*, marzo 1932).

L'A., prelevando il sangue da diversi vasi, posti a livello diverso, ha potuto stabilire che il sangue maggiormente coagulabile è quello arterioso e che al sangue dell'arteria renale seguono in ordine di coagulabilità progressivamente decrescente il sangue della vena splenica, della vena porta, della vena renale, della vena iliaca, delle vene sopraepatiche; che il sangue maggiormente retrattile è quello della vena iliaca e a questo seguono in ordine di retrattilità progressivamente decrescente il sangue delle vene sopraepatiche, dell'arteria renale, della vena splenica, della vena renale e della vena porta.

Il siero dei diversi livelli ha azione sulla coagulazione di un sangue tipo solo in pochi casi e precisamente è accelerante quello delle v. sopraepatiche e della v. renale e c'è una tendenza generale del siero di tutti i livelli ad accelerare la coagulazione, tendenza che è minore per la v. splenica e la vena iliaca, maggiore per la vena renale, le v. sopraepatiche e l'aorta.

Il siero dei diversi livelli ha azione ritardante sulla retrazione del coagulo di un sangue tipo solo in pochi casi (quello della v. splenica e della v. iliaca). Il siero dell'aorta e quello della vena porta ha azione nulla, è lievemente accelerante quello della v. sopraepatica, lievemente ritardante quello della v. renale e splenica, fortemente ritardante quello della v. iliaca.

Per quanto riguarda i vari organi, l'A. conclude che: 1) gli organi che hanno esercitato azione ritardante sulla coagulazione del sangue totale sono stati in quest'ordine decrescente: milza, intestino, rene, arti inferiori, fegato;

2) gli arti inferiori e il fegato hanno avuto azione accelerante, mentre milza, reni e intestino hanno avuto azione ritardante sulla retrazione del coagulo del sangue totale;

3) ogni organo ha dimostrato un'azione sulla coagulazione e un'azione sulla retrazione diretta in senso opposto;

4) rene, intestino, arti inferiori, milza hanno azione attenuante sulla proprietà del siero di accelerare la coagulazione;

5) le azioni degli organi sulla coagulazione del sangue totale e sulla proprietà accelerante del siero sono state dirette nello stesso senso;

6) Gli organi hanno esercitato un'azione notevole sulla proprietà del siero di modificare la retrazione del coagulo, però per spiegare alcune piccole variazioni, potrebbe essere avanzata l'ipotesi dell'esistenza di sostanze acceleranti e ritardanti la retrazione.

R. LUSENA.

Lo stato neutropenico. Suo significato e concetti terapeutici.

(C. A. DOAN. *The Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, 16 luglio 1932).

Il numero dei globuli bianchi è in alcune malattie aumentato, in altre diminuito. Nel 1922 Schultz richiamò l'attenzione sull'angina agranulocitica. Questa fu considerata dapprincipio come secondaria ad una sepsi; ma secondo alcuni l'agranulocitosi precede i sintomi infettivi e quindi si tratta di aplasia midollare.

Per poter comprendere le ipotesi emesse nella patogenesi della leucopenia, bisogna considerare i globuli del sangue come un tessuto e il midollo osseo come un organo con la capacità di diventare ipertrofico o atrofico. Secondo Sabin, lo stimolo alla leucopoiesi è dato dalla distruzione dei globuli bianchi. Per questo è importante studiare l'azione dell'acido nucleinico sulla leucopoiesi, poichè l'acido nucleico è costantemente prodotto nell'organismo. Questa sostanza aumenta il numero dei leucociti, ma però sempre nei limiti di una fluttuazione normale.

Uno stimolo alla leucopoiesi provocano anche l'acido adenilico e quello guanilico, che sono prodotti di scomposizione dell'acido nucleico, ottenuti in forma cristallina all'Istituto Rochefeller. Questi prodotti hanno dato buoni risultati a Reznikoff in tre casi di angina agranulocitica, ed a Jackson e collaboratori in 20 casi di leucopenia.

Da esperimenti sui conigli, l'A. conclude che l'acido nucleico e i suoi derivati hanno azione chemiotattica sul tessuto mieloide e provocano aumento dei granulociti nel circolo periferico ed il loro uso endovenoso ripetuto non dà nè esaurimento nè iperplasia maligna degli elementi mieloidi negli animali normali.

Buoni risultati lo stesso A. ha avuto clinicamente, sempre però che il midollo osseo sia in condizioni di rispondere allo stimolo.

La trasfusione di sangue e l'irradiazione con raggi X pare agiscano collo stesso meccanismo dei nucleosidi; però è necessario fare ulteriori studi per accertare se i raggi X hanno azione leucopoietica come stimolanti primari del tessuto mieloide senza provocare una fase distruttiva.

R. LUSENA.

Su l'agranulocitosi.
Studio clinico e terapeutico.

(J. CHALIER, J. F. MARTIN et H. NAUSSAC. *Le Sang*, n. 9, 1932).

Gli AA. prendono occasione di un caso di osservazione personale e della descrizione clinica di un secondo caso, per una rassegna sintetica della parte clinica e terapeutica della malattia, rimandando ad una seconda nota, i dati relativi alla parte anatomica e sperimentale.

Nel caso di osservazione personale, va segnalato il tentativo di terapia mediante trasfusione di 250 cm.³ di sangue. Dopo di questa, il quadro ematico migliora notevolmente, sia per quel che riguarda i globuli rossi, sia per il numero assoluto dei bianchi e per la percentuale dei neutrofili. Il grave processo settico prosegue invece il suo decorso con emoculture ripetutamente positive e porta rapidamente alla morte.

Nella rassegna sintetica è notevole la distinzione delle varie forme cliniche. Vengono distinte infatti: 1) agranulocitosi con anemia, forme cioè in cui, la diminuzione dei globuli rossi scende al disotto dei 3 milioni, limite a cui generalmente si arrestano i casi comuni; 2) agranulocitosi con trombopenia; 3) agranulocitosi con trombopenia e anemia (forme cioè vicinissimi all'aleucia emorragica di Frank); 4) agranulocitosi con modificazioni del tasso dei leucociti (forme cioè in cui la diminuzione dei granulociti non è isolata ma si accompagna a perturbamenti più o meno gravi, sia quantitativi che qualitativi degli altri tipi di globuli bianchi); 5) ipogranulocitosi.

Tale classificazione dimostra evidentemente i limiti molto vasti assegnati dagli AA. al concetto di agranulocitosi; vastità anche più confermata dal fatto che gli AA. stessi ammettono per l'agranulocitosi tre possibilità di evoluzione e cioè: una evoluzione verso la morte, una verso la guarigione, ed una verso la trasformazione in altre emopatie (leucemia, anemia perniciosa).

Il concetto di agranulocitosi attraverso tale amplificazione viene a perdere sempre più il carattere di malattia e ad acquistare quello di sindrome, realizzabile da infinite cause lesive del sistema granulopoietico.

M. TORRIOLI.

Ricerche sull'azione della terapia epatica nell'anemia perniciosa.

(ST. RUSZNJAR e R. v. ENGEL. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n. 41, 10 ott. 1932).

La non perfetta conoscenza dell'etiopatogenesi dell'anemia di Biermer o anemia perniciosa rende particolarmente difficile l'interpretazione del meccanismo di azione dell'epatoterapia, che sì importanti risultati ha raccolto nella cura della malattia, la quale fino a pochi anni fa era ritenuta non curabile, onde la sua denominazione per il suo decorso fatalmente progressivo. La forma morbosa è caratterizzata da metaplasia del midollo osseo con iperattività del sistema reticolo-endoteliale, per cui emopoiesi a tipo embrionale preepatico con formazione e immissione in circolo di megaloblasti e derivati di essi, megalociti. L'iperattività del sistema reticolo-endoteliale determina un'iperemolisi primitiva o un primitivo squilibrio dell'emopoiesi con emolisi secondaria, o l'una e l'altro assieme?

Questo è il punto saliente della quistione ed i diversi contributi portati pro e contro non sono finora decisivi per l'una o l'altra terapia epatica. Essa agisce normalizzando l'emopoiesi per stimolazione del midollo osseo o impedendo l'emolisi? I risultati così brillanti ottenuti con l'opoterapia gastrica e la coesistenza di affezioni gastriche nell'anemia perniciosa, mentre rendono plausibile l'opinione che la sostanza o le sostanze attive normopoietiche (ormoni?) vengono formate nello stomaco e poi portate al fegato, dove sono immagazzinate e distribuite in circolo secondo le richieste dello organismo, non apportano maggior luce alla soluzione del problema.

Gli AA. hanno affrontata la quistione del meccanismo d'azione della terapia epatica e comunicano i primi risultati ottenuti, riservandosi ulteriori ricerche.

Essi in ammalati di anemia perniciosa, trattati con preparati di fegato iniettabili, hanno osservato 2 ordini di fenomeni: eccitazione midollare (crisi reticolocitaria) e rapido abbassamento dell'emolisi intravitale; ritengono però con Jungmann che l'azione decisiva dell'estratto epatico si esplica nell'impedire l'aumentata emolisi, indipendentemente dalla quistione se questa aumentata emolisi dipenda dalla formazione e conseguente presenza in circolo di eritrociti meno resistenti.

Che l'iperattività del r. e. determini un aumento dell'emolisi è dimostrato dal fatto che in animali spleno-epatectomizzati non si ha emolisi per avvelenamento da fenilidrazina, in cui è dimostrata la collaborazione del sistema reticolo-endoteliale. Hanno quindi trattati con estratto epatico (Campolon) dei cani prima, durante e dopo l'avvelenamento con fenilidrazina ed hanno constatato che in questi animali non si determinavano i fenomeni dell'avvelenamento stesso, cioè l'anemia, la quale, è importante notare, presenta una certa somiglianza con l'anemia perniciosa. Ciò viene anche confermato dall'esito favorevole dell'epatoterapia in ambedue gli stati morbosi, fatto questo finora non sospettato e che apre nuove vie all'indagine sulla patogenesi dell'anemia per-

niciosa e sul modo di azione in essa della terapia epatica.

I tentativi precedentemente fatti per isolare la sostanza attiva dell'estratto epatico non ebbero risultato, cioè rapida immissione in circolo di eritrociti giovani, da tale sostanza provocata, reazione però che può essere determinata anche da altre sostanze (triptofan, istidina, ossiprolina, ecc.) le quali nessuna efficacia hanno nella cura dell'anemia perniciosa e nell'avvelenamento da fenilidrazina. Pertanto gli AA., mentre tendono a mettere in evidenza un'analogia tra anemia perniciosa ed avvelenamento da fenilidrazina e riconoscere che il meccanismo d'azione dell'epatoterapia in esse sia analogo, nessun rapporto ammettono, in base ai risultati delle loro ricerche, tra crisi reticolocitaria e meccanismo d'azione dell'epatoterapia nella malattia di Biermer.

R. D'ALESSANDRO.

DIABETE.

Ricerche sulla diagnosi del diabete mellito. Valore della curva glicemica provocata.

(J. V. GROTT. *Le sang*, 1932, n. 5).

La soglia renale per lo zucchero oscilla fra 0,160 % e 0,180 %. Nei giovani la soglia può, anche in condizioni normali, essere un po' più bassa.

La soglia renale può spiegare l'esistenza di glicosuria senza che si possa parlare di diabete, viceversa la soglia renale alta spiega la esistenza di diabete senza glicosuria. Ci può essere però diabete con soglia renale bassa. Comunque l'esame delle urine non permette di di fare la diagnosi di diabete sempre; lo permette solo dopo ingestione di idrati di carbonio.

La glicemia a digiuno è anche un metodo insufficiente per la diagnosi di diabete, perchè indica una modificazione dal normale solo in casi di glicemia costantemente più alta del normale e si sa che alcuni diabetici presentano glicemia normale a digiuno ed hanno soltanto un comportamento anomalo della glicemia provocata.

La glicemia si saggia dopo ingestione di 50 gr. di glucosio. Normalmente si ha un'elevazione glicemica; tornata questa al normale, non si ha aumento della glicemia con una 2ª o una 3ª dose di glucosio.

Nei sani dopo 50 gr. di glucosio la glicemia raggiunge 160-180 mgr. e raggiunge il massimo da 30 a 60' dopo. Dopo 90' è tornata al tasso precedente alla prova. Normalmente non si ha mai glicosuria. La presenza di glicosuria indica soglia renale bassa.

Nei diabetici la sommità della curva glicemica supera 180 e il ritorno al tasso precedente tarda di 1 ora o 1 ora e 1/2.

Il malato da sottoporre alla prova della glicemia provocata dev'essere completamente a digiuno. La curva glicemica è alta se il malato ha digiunato o ha seguito un'alimentazione ricca di carne e di grassi nel giorno precedente, mentre la dieta idrocarbonata aumenta la tolleranza. Nei 2-3 giorni precedenti la prova il paziente seguirà dieta mista normale.

Durante il periodo di osservazione (cioè 3-4 ore) il malato dovrà stare in riposo fisico e psichico, perchè lo sforzo fisico dà cifre al disotto del normale, l'emozione dà cifre al di sopra del normale.

Nei diabetici con curva glicemica che dà iperglicemia alla fine della 1ª ora, che dura un'ora e poi decresce progressivamente fino alla cifra precedente in 4 ore, si può curare il diabete colla sola dieta. Se invece la curva glicemica si mantiene elevata o si rieleva nella 3ª ora si dovrà ricorrere anche all'insulina.

Se la glicemia a digiuno supera 200 mgr. si deve usare l'insulina.

La soglia renale può non rappresentare fedelmente lo stato del ricambio idrocarbonato: una soglia renale bassa, facilitando l'eliminazione dello zucchero altera la curva della glicemia provocata; l'inverso succede con soglia renale alta. Quindi la valutazione della curva glicemica va fatta tenendo conto della soglia renale.

Nel controllare l'efficacia della cura antidiabetica, i migliori dati si hanno dalla glicemia a digiuno e dal tempo di ritorno dell'iperglicemia alla cifra precedente all'ingestione di glucosio. Si osserva spesso un ritorno alla glicemia normale a digiuno dopo cura; ma finchè la curva della glicemia provocata non torna normale il malato dev'essere sotto cura.

R. LUSENA.

Debbono i diabetici essere alimentati con molti o con pochi grassi?

(D. ADLERSBERG. *Zbl. inn. Medic.*, 2 e 9 aprile 1932).

Che l'apporto di carbidrati innalzi la glicemia e la glicosuria dei diabetici, e che la riduzione alimentare di tali sostanze migliori invece questi sintomi, è ormai una cognizione risultante da un'esperienza di migliaia di casi. D'altro lato però non si può negare che i diabetici trattati secondo il classico schema alimentare — scarse proteine, il meno possibile di carbidrati e forti quantità di grassi — subiscano inevitabilmente un lento peggioramento col volger del tempo: la loro tolleranza diminuisce sempre più: i casi lievi divengono casi di media gravità e infine casi gra-

vi, nonostante che l'apporto alimentare di idrati di carbonio si vada sempre più riducendo, col peggiorare delle condizioni del ricambio.

Ancora una osservazione non va dimenticata: confrontando le medie dei regimi alimentari dei vari popoli del mondo, e paragonando questi dati con la mortalità per diabete presso i popoli stessi, si nota che tale mortalità è di gran lunga più alta presso le popolazioni il cui vitto è ricco di grassi e povero di idrati di carbonio (Stati Uniti, Inghilterra), mentre il contrario si verifica nei popoli poveri (Giappone, India) nel vitto dei quali sono più abbondanti i farinacei, mentre i grassi sono ridotti al minimo.

Se quindi non si può negare che una alimentazione ricca di grassi e povera di carbidrati porti a un miglioramento immediato della sintomatologia di un diabetico, qualche dubbio sorge su l'influenza che tale tipo di nutrizione può alla lunga esercitare sul ricambio stesso.

Partendo da tali considerazioni, Porges e Adlersberg poterono sperimentalmente dimostrare che la tolleranza ai carbidrati di individui normali, viene sicuramente peggiorata, qualora le prove della tolleranza stessa (curva glicemica e glicosuria alimentare dopo cariche costanti di zucchero) siano ripetute dopo alcuni giorni di alimentazione assai ricca di grassi. Un'alimentazione ricca di carbidrati, ma povera in grassi, non dà tale peggioramento, ma provoca talora invece un innalzamento della tolleranza stessa.

Sul meccanismo di tale fenomeno poco di sicuro si può dire: sembra però che la povertà di glicogeno e il quadro di adiposi che la ipernutrizione grassa provoca specialmente nel fegato, siano una condizione sfavorevole all'elaborazione degli zuccheri, e che l'apporto continuo di carbidrati eserciti invece un'azione di stimolo sul complesso meccanismo del ricambio intermedio degli zuccheri.

Sulla guida di tali considerazioni e di questi risultati sperimentali, Porges e Adlersberg hanno iniziato il trattamento di malati con diete assai scarse in grassi. Ecco, ad esempio, una dieta per la cura dei diabetici lievi in condizioni normali di nutrizione, da usarsi senza insulina: si inizia di solito con 100-150 gr. di proteine, 50-100 gr. di carbidrati e 40-80 gr. di grassi. Le calorie totali giungono a 1800-2500 e coprono quindi il fabbisogno. Non appena scompare la glicosuria si sostituiscono le proteine con carbidrati fino al limite della tolleranza. L'A. espone, ad esempio di tale metodo, un caso in cui mentre con una dieta normale di prova (C.70, P.70, G. 130), si aveva una glicosuria di 15-20 gr. al giorno, un regime calcolato con 130 gr. di C., 140 di P. e 70 di G. portò in 10 giorni, dopo un breve periodo di aumento della glicosuria, alla scomparsa completa dello zucchero dalle urine, mentre il peso corporeo si mantenne costante: tutto ciò senza che mai si facesse uso di insulina.

In casi di diabeti grassi, in cui un certo dimagramento giova al malato, si riducono i grassi alimentari a 20-50 grammi in modo da portare le calorie a un totale (1200-1800) lievemente inferiore al necessario. Data la quantità abbastanza forte di P. che questi regimi impongono, essi saranno poco indicati se vi è insufficienza renale; l'ipertonia essenziale invece non rappresenta affatto una controindicazione, chè anzi spesso si vedono, dopo un certo periodo di cura, discendere i valori della pressione.

Nei casi più gravi di diabete, in cui la tolleranza è assai scarsa, è necessario ricorrere all'insulina, che verrà data in dosi anche forti, specie all'inizio, per ridurre la glicosuria e per non permettere che il diabetico, a cui sono stati sottratti i grassi alimentari, incapace di utilizzare con i propri mezzi gli idrati di carbonio che ora gli vengono generosamente forniti, si denutrisca all'eccesso. Ma di solito si vede ben presto che la tolleranza migliora, e quella dieta che primitivamente dava senza insulina glicosuria di notevole grado, viene ora benissimo sopportata.

In casi di diabetici gravi, in condizioni di nutrizione scadute, l'A. usa una dieta composta di 70-80 gr. di grassi, 60-80 di proteine, e per il rimanente di carbidrati, fino a un totale di 3000-4000 calorie, con forti dosi di insulina: tale regime viene mantenuto finchè il peso non sia risalito (in genere per periodi di tempo da 10 giorni a 2-3 mesi), poi si passa a un vitto meno abbondante, ma sempre concorde con il metodo esposto, del tipo di quelli più sopra riportati.

I risultati ottenuti con tale metodo — che è alquanto in antitesi con le classiche dottrine — sembrano essere, in qualche centinaio di casi ormai trattati, assai lusinghieri.

PUDDU.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Medicina interna. Manuale pratico per medici e studenti. Redatto in collab. sotto la direzione del Prof. A. Ceconi. Cinque volumi Ed. Minerva Medica, Torino, 1932. Prezzo L. 400.

Questo trattato, redatto sotto la direzione del Ceconi, colla collaborazione dei più bei nomi della Clinica e della Patologia italiane, ci si presenta come un'opera completa.

Cinque volumi; 4600 pagine; chiare, in gran parte originali le figure, che superano il migliaio; tra esse, abbondanti i reperti radiografici.

Particolarmente interessante è l'« Introduzione allo studio della Medicina Interna » del Viola, che apre la serie dei capitoli del Trattato. Il Clinico di Bologna analizza il significato e i compiti della « medicina interna »; e fa una sottile disamina del procedimento empirico e scientifico col quale la Patologia « compone » il quadro « normale » delle varie malattie. Facendo la critica della Patologia speciale come scienza, il Viola ne esalta l'alto interesse scientifico. Afferma che la Clinica oltre che da un metodo matematico-strumentale non può prescindere da un metodo sensoriale-intuitivo, il quale per la sua finezza, ci dimostra come i nostri sensi « oltrepassino i limiti dei metodi della fisica e della chimica ».

L'A. si domanda anche se la Clinica oltre che scienza è un'arte e rileva come la Clinica ha oggi tanto sviluppato il controllo logico sperimentale da assumere sempre più il carattere di scienza e sempre più perdere il carattere di arte.

Nel I Volume sono trattate le malattie degli organi del respiro e quelle degli organi orinari. Il Malan ha svolto le m. delle prime vie respiratorie dal punto di vista che più può interessare la medicina interna.

Seguono le m. dei bronchi e dei polmoni, svolte da Ceconi, eccettuata la tubercolosi polmonare. Diffusamente trattate sono le malattie dei bronchi, salvo l'asma bronchiale, che per la prima volta in un trattato è stata svolta a parte tra le malattie allergiche, da Frugoni e Melli.

Nel Capitolo sulle m. degli organi del respiro, vasto sviluppo ha la tubercolosi polmonare. Su questo argomento così disparatamente svolto dagli AA., il Micheli ha scritto più di 200 pagine, mirabili veramente per la straordinaria chiarezza colla quale Egli fa una densa sintesi di argomenti tuttora in discussione. Marcata è l'impronta personale dell'A., per i notevoli contributi Suoi e della sua Scuola, all'argomento; ma tale impronta è data con sano ecclettismo.

Le m. della pleura, del mediastino e del diaframma sono assai ben svolte da D'Amato.

Il Moracchini ha trattato, con criteri moderni, della diagnostica e della sintomatologia generale delle m. degli organi orinari. Segue il capitolo sulle malattie del rene, svolto da un'ottimo e giovane allievo della Scuola di Torino, il Cipriani, la cui dolorosa recente fine suscita tuttora una eco di rammarico.

Le malattie degli organi del circolo sono svolte nel volume II da Sisto e da Ceconi. Sisto tratta della diagnosi e sintomatologia generale e delle malattie dei vasi. Ceconi ha svolto il classico e sempre interessante capitolo delle malattie organiche del cuore.

Le malattie dello stomaco e del duodeno sono ben trattate dal nuovo Clinico di Padova, Gasbarrini. Largo posto vi è fatto alla radiodiagnostica.

Lo Schiassi svolge la diagnostica e la sintomatologia generale delle m., dell'intestino. La trattazione particolare delle m. dell'intestino è fatta dal Dalla Volta. Il Gilardi tratta dei vermi intestinali parassiti dell'uomo.

Interessante è il capitolo del Clinico di Firenze sulle m. del peritoneo. La classificazione che lo Schupfer ne fa è inspirata a un preciso criterio clinico; varî sono anche i contributi originali che l'A. ha portato all'argomento.

Notevole importanza presenta la trattazione delle malattie epatiche svolta dal Gamna. Sulla precisa impostazione anatomo-patologica, più che necessaria, specie al riguardo delle affezioni del fegato, molto chiaramente tracciata è la fenomenologia clinica, la quale tiene anche conto dei più moderni indirizzi, basati sopra tutto sullo studio chimico-fisico delle alterazioni funzionali; l'A. ricorda anche i contributi personali.

L'Aresu tratta le m. delle vie biliari e le m. del pancreas.

In ogni senso completa è la trattazione delle m. delle articolazioni, dei muscoli e delle ossa fatta nel Volume III da Ceconi. Tutto il capitolo è intitolato colla denominazione di « Malattie reumatiche »; espressione, dice l'A. che riesce altamente comprensiva ma, data l'ignoranza in cui ancora ci troviamo circa l'essenza del reumatismo, di necessità anche non poco eterogenea. Considerando l'infezione reumatica come sistematica del tessuto mesenchimale, l'A. mette in rilievo il valore biologico del tessuto côngiuntivo. Nell'eziologia della poliartrite acuta primaria, l'A. ricorda l'importanza dei « foci ».

La sistemazione delle artriti croniche, uno dei punti veramente più ingrati della tassonomia clinica, è stata felicemente disposta. Il termine di artrite o artrosi viene usato indifferentemente vicino al qualificativo di deformante in quanto accanto all'elemento degenerativo sembra si debba riconoscere un elemento infiammatorio. Seguono le m. dei muscoli e le m. delle ossa; particolarmente interessanti sono i capitoli sulla sindrome del Bertolotti, sul m. di Paget, sulla m. di Kahler.

Lo Zoja si occupa delle m. del ricambio. Chiari i preliminari di fisiologia, ampie le

nozioni recenti sulle prove cliniche più interessanti. Il capitolo sul diabete presenta il pregio di dare un chiaro indirizzo pratico agli argomenti svolti.

Ampia è la trattazione, dal punto di vista chimico, del ricambio nucleinico, a proposito della gotta. In maniera degna della bella trattazione fatta dal Maestro, ha svolto il Greppi l'obesità, i disturbi nella nutrizione e il diabete insipido. Il Dominici ha scritto sulle interessanti diatesi aminoacide e urolitogene.

Un pediatra, il Frontali, tratta delle avitaminosi, cui egli ha non poco contribuito.

Le m. del sangue sono esaminate dal Fontana per la semeiologia e la diagnostica generale e dal Bastai per i capitoli speciali.

Il Ferrio tratta delle malattie da agenti fisici, capitolo inspirato a concetti di modernità. Il capitolo del Carpi sulle malattie da infortunio e quello del Quarelli sulle malattie del lavoro appaiono utilissimi per l'importanza sociale che vanno assumendo tali affezioni.

Nel Volume IV sono passate in rassegna le malattie del sistema nervoso da varii AA., i più dei quali sono neurologi specializzati.

Fragnito ha ben svolto le m. del cervello. Ayala tratta delle malattie del bulbo, del ponte, del cervelletto e del mesencefalo. De Lisi ha redatto l'importante capitolo sulle malattie del sistema extra-piramidale.

Tratta unitamente della m. di Wilson e della pseudo-sclerosi Westphal-Strumpell. Assai ben svolte le m. delle meningi da Villa. Gozzano tratta della cefalea, dell'emicrania e delle vertigini. Mattirolo prende in esame le m. del midollo spinale e quelle dei nervi periferici.

Il farmacologo di Torino, Chiò, riferisce alla fine del Volume IV sugli avvelenamenti più comuni, ricordando contributi personali all'argomento.

Nel Volume V sono svolte anzitutto le m. da infezione. Alla loro trattazione particolare, precede un chiaro, moderno, veramente equilibrato capitolo dell'illustre patologo generale di Torino, il Morpurgo, su « preliminari di patologia generale delle infezioni ».

La setticemia, il tifo e i paratifi, la t.b.c. acuta generalizzata, la peste, la tularemia sono trattate da Zagari. Silvestrini trattando della terapia della difterite espone le ragioni le quali impongono l'uso del siero anche se esso può dare talora per se stesso accidenti gravi; a proposito del colera ricorda la proposta di Sanarelli di chiamarne l'agente patogeno, bacillo di Pacini-Koch in omaggio a Filippo Pacini, medico pistoiese che nel 1855 aveva descritto e disegnato i vibrioni del colera. Izar, a proposito della tripanosi, parla delle ricerche del Castellani e parlando della malaria rileva specialmente gli studi della scuola Romana. Importante il capitolo sulle amebiasi. Campanacci svolge varii capitoli tra i quali interessanti specie quello sulla peliosi reumatica. Pontano ricorda ricerche personali sull'eresipela. Allaria parla dei tuttora discussi agenti eziologici a proposito del morbillo e della scarlattina e nella cura del morbillo ricorda la terapia con siero di convalescente. Bastai svolge le zoonosi, ricordando concetti personali a proposito della f. ondulante.

In questo trattato la patologia del sistema nervoso vegetativo descritta dal Lunedei, è stata distaccata dalla patologia del sistema nervoso centrale. L'argomento presenta note di interesse e di attualità e il Lunedei ha bene adempiuto al suo compito.

Le m. degli organi a secrezione interna sono ben svolte da Condorelli.

Segue il capitolo del Clinico di Roma e del suo aiuto Melli sugli stati allergici. Le m. allergiche hanno per la prima volta in un trattato un capitolo a parte e sono state collocate vicino ai capitoli sulle diatesi e sulle m. costituzionali. La messa a punto della confusa terminologia sull'argomento e la semeiotica generale delle m. allergiche, costituiscono una scientificamente esatta impostazione introduttiva alla successiva trattazione clinica. E tale trattazione, pur presentando, specie nel capitolo sull'asma bronchiale, una marcata impronta di originalità, dati i contributi notevoli del Frugoni e della sua Scuola, è inspirata a un criterio eminentemente clinico e pratico, quale particolarmente interessa alla più parte dei lettori.

Seguono i capitoli dello Schiassi sulle diatesi e le altre anomalie costituzionali e sull'idiosincrasia.

Chiude il trattato il capitolo di Viola e Schiassi sulla costituzione individuale; esso per la particolare competenza degli AA. è ben degno coronamento del libro. Gli studi dei costituzionalisti stranieri sono ben messi a confronto con quelli dei nostri fra i quali, nel campo della costituzione, giganteggia il Clinico medico di Padova De Giovanni. Di particolare interesse sono poi i concetti originali degli AA. sullo studio della variabilità dei caratteri, fatto quantitativamente coll'applicazione della legge degli errori e che ha portato all'analisi delle così dette scale di seriazione, le quali stanno a rappresentare l'esatta collocazione del valore quantitativo di ogni carattere individuale e il rapporto fra i caratteri dell'individuo e il suo rendimento e la sua resistenza all'ambiente.

Alla fine di questa lunga disamina vorrei esprimere lo stesso desiderio, per edizioni future, manifestato da Rondoni nella recensione del recente Trattato di Medicina edito dal Biochimico la bibliografia. È vero che varii altri classici « manuali » di medicina anche stranieri, come lo Strümpell ed altri, non hanno bibliografia e che il libro è fatto sopratutto per il medico pratico e per lo studente, ma è da ritenere anche che una rassegna bibliografica non completa, ma molto limitata, anzi, ai lavori più recenti, più facilmente reperibili, prevalentemente italiani, a carattere

specialmente riassuntivo e monografico, sia utile non tanto al ricercatore e allo studioso che possono facilmente attingere ad altre fonti, quanto a coloro, cui per varie ragioni non sono accessibili i grandi trattati, ma che tuttavia nel campo pratico, vogliono allargare, su un dato argomento, il proprio orizzonte culturale.

Mi sia concessa questa osservazione, che più che una critica vuol essere una proposta.

M. Messini.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. Catterina. *L'operazione di Bassini.* Bologna, Licinio Cappelli, 1932.

L'operazione di Bassini per la cura dell'ernia inguinale che è un vanto della chirurgia italiana ha ormai conquistato si può dire il consenso dei chirurgi di tutto il mondo civile e viene praticata in tutte le sale chirurgiche ma non si può dire ugualmente che gli esecutori siano sempre fedeli all'idea e alle direttive del Maestro. Troppo spesso, specialmente all'estero, ma purtroppo anche in Italia mi è occorso di assistere ad operazioni, che venivano etichettate come di Bassini, ma che non solo nei particolari ma talvolta anche nel concetto informatore si discostavano nettamente dal processo originale, col risultato di compiere una operazione imperfetta e di esiti troppo spesso mal sicuri. La monografia del Prof. Catterina che fu accanto al Bassini appunto nel periodo in cui l'operazione venne ideata e attuata per la prima volta, non è dunque, come può pensarsi a prima vista, superflua, ma è anzi da lodare perchè permetterà a tutti colla sua esposizione precisa e colle nitide figure di farsi una idea chiara dei vari momenti dell'operazione.

Gioverà specialmente per i chirurgi stranieri tanto più che si sta già approntando un'edizione tedesca e quanto prima ve ne sarà una in francese, e speriamo anche in inglese e in altre lingue. Il testo poi è così chiaro e perspicuo nell'esposizione del metodo, così preciso nei particolari indispensabili per l'esatta esecuzione dell'intervento, che costituisce non solo una guida preziosa ma arricchisce le conoscenze e colma molte lacune anche a chi crede di saperne già a sufficienza per la pratica continua di simili operazioni.

Un pregio singolare dell'opera è costituito, come ho già detto, dalle illustrazioni a colori, nettissime e chiare, dovute a un collega, al dott. Gaigher, che ha veramente ben meritato la lode, espressagli dall'A. per il contributo da lui portato alla divulgazione più precisa e all'intendimento della classica operazione in ogni paese.

R. Alessandri.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Bérard et P. Mallet Guy - *Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie.* Masson et C.ie, éditeurs, Paris 1932.

La semeiotica delle vie biliari si è arricchita di nuovi metodi di esplorazione, fra i quali sono entrati nella pratica soprattutto il sondaggio duodenale e la colecistografia, e giustamente gli autori dicono che le prove di Meltzer Lyon e di Graham meritano di prendere nell'esame delle vescichette biliari la stessa importanza che hanno il chimismo gastrico e la radiologia nell'esame di uno stomaco. Gli AA., in questo importante lavoro, riferiscono i risultati di sei anni di studio durante i quali sistematicamente hanno ricercato quali potevano essere le applicazioni chirurgiche di questo nuovo orientamento della semeiotica biliare. Hanno studiato 105 malati nei quali essi hanno seguito l'analisi fisiologica delle sindromi delle vie biliari con tutti i metodi che offre la tecnica semeiotica moderna prima, subito dopo e molto tempo dopo la operazione.

Queste varie ricerche sono svolte e sottoposte ad una severa critica successivamente in varie parti di cui la prima tratta dell'esplorazione funzionale delle vie biliari prima dell'intervento chirurgico; la seconda dello studio funzionale dei colecistostomizzati; la terza dello studio funzionale e delle patologie del colecistectomizzato; la quarta della fisiologia della colecistogastrostomia; la quinta, infine, della fisiologia patologica delle malattie chirurgiche della vescichetta biliare e del coledoco.

Gli AA. traggono dalle loro numerose osservazioni delle deduzioni intorno alle indicazioni della colecistectomia e della coledocotomia che chiamano le *operazioni nobili* delle vie biliari, e delle colecistostomie e delle anastomosi vescicolari, *operazioni conservatrici* che rappresentano un « pis-aller » al quale il chirurgo non ricorre che di necessità.

Secondo Bérard ed il suo collaboratore, il sondaggio duodenale di Einhorn rappresenta per il chirurgo, che vuole ragionare fisiologicamente, una sorgente estremamente ricca di preziosi insegnamenti sia per quanto riguarda la sua importanza relativamente alle indicazioni terapeutiche se ne ha una grande nelle lesioni della cistifellea, non ne avrebbe una eguale nelle sindromi coledociche.

Secondo Bérard anche la prova della colecistografia ha un grande valore clinico, ed essa sarebbe di una fedeltà assoluta nei casi semplici; nei casi complessi forse i suoi responsi non sono altrettanto chiari.

I postumi delle operazioni sulle vie biliari sono stati seguiti e studiati fisiologicamente dagli AA. con grande esattezza in modo che ne hanno potuto dedurre delle conclusioni molto precise e di grande importanza.

Questo lavoro di Bérard e Mallet Guy potrà esser letto e consultato con grande interesse

e con grande vantaggio dal chirurgo che si occupa delle vie biliari, sia dal punto di vista teorico, sia di quello pratico. L. DOMINICI.

GUY ALBOT. *Hépatites et cirrhoses*. Masson et C.ie, éditeurs. Paris, 1931.

L'A. con questo suo lavoro porta un notevole contributo alla questione delle epatiti croniche e delle cirrosi che è ancora aperta e costituisce sempre argomento di studio e di discussioni. L'Albot ha studiato numerosi frammenti di fegato sia nell'uomo, raccolti per lo più con biopsie, sia negli animali e sottoposti all'analisi istologica più fine.

Inizia il lavoro con un riassunto critico sulle flogosi degli organi parenchimatosi a proposito delle quali afferma che vi sono delle vere infiammazioni epiteliali parenchimatose nel fegato come in altri parenchimi, perchè secondo l'Albot gli epiteli in questi casi presenterebbero non solo delle lesioni degenerative ma anche fenomeni reattivi complessi.

Passa poi a riferire i risultati delle sue osservazioni cliniche e sperimentali e distingue tre classi di epatiti essenzialmente differenti sotto tutti i punti di vista: 1) Epatiti tossiinfettive; 2) Epatiti della stasi biliare; 3) Epatiti della stasi sanguigna: ma egli tratta diffusamente soltanto delle prime due delle quali, con l'aiuto delle osservazioni sperimentali che gli hanno permesso di studiare le fasi iniziali, descrive il succedersi delle fasi e ricostruisce teoricamente la patogenesi e la morfogenesi delle diverse varietà di epatiti.

Relativamente alle epatiti della stasi biliare, Albot consiglia di essere molto prudenti: il processo generale delle colostasi obbedisce alle stesse leggi negli animali da laboratorio e nell'uomo; esso può essere isolato ovvero associato all'infezione, e presentare, secondo i casi, differenti aspetti.

In quanto alle cirrosi, l'A. ritiene che le lesioni cellulari sieno essenziali e primitive, e quelle del connettivo secondarie; la sclerosi, cioè, sarebbe di natura cicatriziale, e si installerebbe là ove hanno luogo le distruzioni cellulari. La classificazione delle cirrosi sarebbe una questione d'interesse secondario, perchè il processo cirrogeno sarebbe sempre lo stesso qualunque ne sia la causa e ne sarebbero differenti soltanto gli aspetti evolutivi.

Certamente non tutte le conclusioni dell'A. si possono accettare senza discussione e forse qualche sua affermazione, soprattutto relativamente alle cirrosi, può sembrare un poco troppo assoluta. Ma le questioni da lui trattate sono ancora tanto discusse che non si possono avere al riguardo opinioni del tutto concordi.

Il libro è di grande interesse per i notevoli contributi che porta a tali questioni e per gli studi istologici che vi sono riportati, e ritengo che debba essere letto da tutti coloro che si occupano di patologia del fegato, sia patologi, sia clinici. L. DOMINICI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXVIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Seduta antimeridiana (22 ott.).

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

(*Continuazione e fine; v. num. precedente*).

Comunicazioni varie.

P. STANGANELLI (Napoli). — *La cura dell'ipertensione essenziale con gli estratti di fegato.* — L'O. dopo essersi soffermato brevemente sul meccanismo fisiopatologico di questa ipertensione, riferisce di aver curato casi del genere, nei quali era da scartare il fattore luetico, mediante una triplice terapia: estratti pancreatici disinsulinizzati, estratti epatici, preparati genitalici. In tutti i casi l'O. ha potuto notare un abbassamento pronto, notevole e duraturo della pressione, nonchè un cospicuo miglioramento dei sintomi subiettivi. L'O. ritiene che i benefici notati debbono essere attribuiti ad un'influenza trofica sui tessuti vasali e ad un'azione neutralizzante sull'adrenalina, esplicata dai suddetti preparati.

M BUCCO (Napoli). — *Sulla efficacia di un'autoemoterapia speciale nella tbc. polmonare.* — L'O. riferisce di avere trattato numerosi casi di tbc. polmonare, con iniezioni endovenose di autosangue, modificato per azione chimica di aldeidi, e di aver ottenuto sempre buoni risultati.

M. LANDOLFI (Napoli). — *Fisiopatogenesi del segno dell'estensione delle dita della mano del lato paralizzato (nuova sincinesia).* — In alcuni casi di emiplegia, l'O. ha osservato l'estensione delle dita della mano del lato paralizzato, più o meno in contrattura di flessione, quando s'invita l'infermo a fortemente estendere le dita della mano del lato sano, chiusa a pugno, e stretta in una mano dell'osservatore, che cerca a tutti i costi di impedire il richiesto movimento. Se si tratta di isterismo le dita della mano paralizzate restano contratte, oppure tendono a flettersi sempre più, mentre nell'emiplegico organico, il più delle volte, le dita della mano a poco a poco si estendono, con grande sorpresa e soddisfazione dell'infermo. Appartiene tale fenomeno non ai movimenti atetosici, più lenti, anche spontanei, vari, di flessione, estensione, adduzione, abduzione, ecc., non alle c. d. sincinesie d'imitazione del Foix, ma l'O. per darne adeguata spiegazione preferisce la teoria di Stroelin (che riunisce le ipotesi di Westphal e Hitzig in una sola) associata a quella di Leonardo Bianchi.

V. LANDOLFI (Napoli). — *La prova di Duke e la prova di Grocco-Frugoni nelle malattie del fegato.* — Esiste una forma lieve, attenuata, d'insufficienza epatica ed una forma grave. Quando le malattie del fegato sono associate a piccola insufficienza dell'organo è presente solo la prova di Duke, mentre quando trattasi di grande insufficienza epatica, appare positiva anche la prova del laccio, ragione per cui, secondo l'O., la prova di Grocco-Frugoni, impropriamente attribuita a Rumpel-Leede o ad altri autori, così utile in tutte le malattie emorragipare, è d'importanza di primo ordine nella diagnosi e nella prognosi delle epatopatie che si accompagnano ad insufficienza epatica.

V. LANDOLFI (Napoli). — *Un caso di colelitiasi e colecistite con emissione di calcoli per via orale.* — L'O. riferisce il caso di una giovane donna affetta da circa 3 anni di colecistite calcolosa, nella quale ogni accesso di colelitiasi era seguito dall'emissione di calcoli per la bocca. Sembra che tale particolare non trovi fino ad ora riscontro nella letteratura in argomento.

A. VALLEBONA (Genova). — *Sulla dose roentgenterapica somministrata in brevissimo tempo ad alta intensità a mezzo dei potenti apparecchi di diagnostica.* — L'O., allo scopo di indagare sull'importanza della distribuzione cronologica della dose, argomento di cui già da tempo si è occupato, ha studiato gli effetti delle applicazioni roentgeniane somministrando dosi notevoli in un brevissimo tempo (da 20 a 2 secondi). L'O., senza voler ritenere una tale modalità di tecnica roentgenterapica superiore a quelle usate nella pratica, dimostra che, a parità di dose, misurata con apparecchi ionimetrici di precisione, una intensità fortissima erogata in un tempo brevissimo determina una reazione biologica più intensa.

G. PIGHEZZI (Roma). — *Determinazione del sesso a volontà e costituzione organica individuale.* — Gli elementi che concorrono alla realizzazione del fenomeno della determinazione del sesso possono riassumersi a dire:

I. Condizione degli elementi sessuali; cioè maturità o giovinezza di essi.

II. Costituzione dei genitori, specie della femmina, che va portata alle condizioni costituzionali necessarie per ottenere la fecondazione, che dovrà dare il sesso che si propone.

Un ovulo maturo porta alla formazione di un maschio, specialmente quando si unisce ad un elemento maschile egualmente maturo, giacchè in tali condizioni gli elementi sessuali hanno subito una riduzione delle loro riserve nutritive; al contrario un ovulo giovane, le cui riserve nutritive non hanno subito una notevole riduzione, avrà tendenza a dare una femmina, specie se la fecondazione avviene per mezzo di un elemento maschile anch'esso giovane.

La determinazione del sesso si riallaccia alle funzioni generali della nutrizione, e per ottenere a volontà l'uno o l'altro sesso, bisogna impiegare prodotti e utilizzare condizioni tali, che portano a profonde modificazioni delle secrezioni interne e degli scambi materiali, facilitando od ostacolando l'accumulo delle riserve nutritive.

L'esperienza sia sugli animali, sia sulla donna, ha confermato all'O. tale ipotesi, e la teoria dell'influenza della nutrizione sul determinismo del sesso.

Le esperienze dell'O. inoltre dimostrano chiaramente i rapporti che esistono tra le secrezioni di alcune glandole endocrine, il metabolismo e la determinazione del sesso, e in questi rapporti sono gli elementi nuovi portati nello studio delle cause sulla determinazione del sesso.

A. TARSITANO (Napoli). — *Le ipoglicemie adrenaliniche.* — L'O. ricorda che per primo nel 1930 potè osservare in alcuni infermi di cirrosi epatica, la comparsa di ipoglicemia dopo iniezione sottocutanea di adrenalina, osservazione confermata successivamente da vari altri AA. L'O. ritiene: 1) che la reazione di ipoglicemia paradossa, se è più frequente nei cirrotici epatici, può riscontrarsi anche in altre gravi affezioni del fegato (neoplasma, ecc.), per cui essa non è specifica della cirrosi atrofica, ma è soltanto espressione di una grave alterazione del parenchima epatico; 2) che la reazione di ipoglicemia paradossa può avere valore prognostico di particolare gravità, poichè tutti gli infermi nei quali si è riscontrata sono deceduti pochi giorni dopo la prova; 3) che, nonostante altri pareri avanzati, possa sempre sostenersi la ipotesi che la detta reazione sia dovuta da una parte alla mancata glicogenolisi epatica sotto lo stimolo adrenalinico, per esaurimento delle riserve glicogenetiche del fegato cirrotico, e d'altra parte alla azione della iperinsulinemia dovuta alla stimolazione della insulinogenesi pancreatica per opera dell'adrenalina.

G. BOSSA (Napoli). — *Nuove ricerche sul batteriofago.* — In precedenti ricerche l'A. ha studiato la quistione delle proprietà antigene del batteriofago, arrivando alla conclusione che esso, dal punto di vista delle sue proprietà antigene, si comporta non come i comuni germi, ma come un fermento, o anche come si comportano gli ultra-virus.

Con le presenti ricerche l'O. ha cercato di aggredire in un modo più diretto il problema della natura del batteriofago, ricercando se a carico di esso fosse dimostrabile un potere deidrogenativo.

Ha sperimentato col batteriofago anti-Proteus X e col batteriofago anti-Flexner adoperando, per svelare i processi deidrogenativi; il m- dinitrobenzolo sec. la tecnica di Lipschultz.

Per rendere più sensibile la ricerca l'O. ha fatto le sue esperienze non solo col comune filtrato batteriofagico, ma anche con filtrato concentrato fortemente (a bassa temperatura e sotto pressione ridotta), in modo da avere un batteriofago assai attivo. Ha anche aggiunto, in alcune esperienze, al filtrato batteriofagico una sospensione di germi omologhi precedentemente uccisi col calore.

In tutte le sue esperienze, l'O. ha avuto risultati negativi, cioè non è riuscito a mettere in evidenza processi deidrogenativi a carico del batteriofago. Analoghe ricerche l'O. ha compiuto con l'ultravirus dell'afta epizootica, ed anche in questo caso ha ottenuto risultati negativi.

Pur dovendo lasciare impregiudicata la quistione della natura del batteriofago, l'O. trova in queste sue ricerche un altro dato per ravvicinare il batteriofago alla categoria degli ultra-virus.

G. BOSSA. (Napoli). — *Ricerche anatomo-patologiche sulla infezione primaria tubercolare tardiva negli adulti.* — L'O. riferisce delle ricerche compiute sul materiale anatomo-patologico raccolto durante gli anni 1930-1931 nel laboratorio anatomo-patologico del Virchow Kran Kenhans di Berlino. Egli ha passato in rivista 2390 autopsie tra le quali ha raccolto 13 casi di complessi primari tardivi in adulti, il che corrisponde ad una percentuale del 0,54%. (In un'altra statistica analoga fatta precedentemente dal Ragnotti nello stesso Istituto si era trovata la percentuale del 0,9%).

Di questi 13 casi, 6 erano a sede polmonare e 7 a sede intestinale; il che significa una percentuale di 46% complessi primari pulmonari contro 53% intestinali. Questa maggiore frequenza della

sede intestinale è importante, perchè è molto maggiore di quanto si poteva ammettere in base alle ricerche degli Autori precedenti.

La frequenza maggiore di questa infezione primaria tardiva nell'adulto, in rapporto all'età, si ha verso i 20-25 anni; in un caso fu trovato perfino a 45 anni.

Nella maggioranza dei casi questo complesso primario fu un reperto accidentale di autopsia, esso era calcificato (anatomicamente guarito); era decorso clinicamente silenzioso, e non si trovavano altre lesioni tubercolari in altri organi. Il che denotava cioè che l'organismo, anche colpito dall'infezione primaria in età adulta, aveva resistito al progredire della infezione stessa. In un piccolo numero di casi soltanto, oltre al focolaio primario erano riscontrabili processi di tubercolosi in altri organi.

F. CONTI (Napoli). — *Gli estratti di corteccia surrenale nel m. di Addison.* — L'O. ha potuto sperimentare in 3 malati di m. di Addison di media gravità e in uno con sindrome grave di insuff. surrenale acuta, gli effetti degli estratti preparati secondo la tecnica di Swingle e Pfiffner e può affermare che i risultati sono stati favorevolissimi. Ha potuto infatti notare rapida diminuzione dell'astenia, aumento della resistenza alla fatica, rapido aumento di peso, lenta ma progressiva diminuzione della melanodermia e della pigmentazione delle mucose, ma sopratutto favorevolmente influenzate sono state la pressione arteriosa, il tasso glicemico, il metabolismo basale.

I risultati, in tali casi, si sono mantenuti anche per due mesi dopo la cessazione della somministrazione degli Estratti, e ciò starebbe a confermare che buona parte dell'insufficienza surrenale è da attribuirsi alla diminuita funzione della corteccia.

FRANCAVIGLIA (Napoli). — *Su di una particolare sindrome paratireopriva postoperatoria.* — L'O. riferisce il caso di una donna affetta da artrite deformante, in cui l'insuccesso delle cure mediche indusse l'O. a consigliare la paratiroidectomia. Dopo l'intervento però l'ammalata presentò una serie di disturbi psichici, cardiaci e respiratori che l'O. ritiene concordano con i risultati sperimentali altrove segnalati, eseguiti mediante la perfusione del cuore e dei centri nervosi con liquidi a diverso contenuto ionico.

S. BAZZANO (Milano). — *Nuovi contributi alla cura dell'ulcera gastro-duodenale col benzoato di sodio introdotto per via endovenosa.* — La terapia dell'ulcera peptica a mezzo delle iniezioni endovenose di benzoato di sodio continua a dare risultati uniformemente incoraggianti. L'O. fino ad ora ne ha potuti trattare 70 casi, e può affermare che la sua casistica enumera attualmente 68 guarigioni.

In questi casi la guarigione accertata clinicamente e radiologicamente è intervenuta dopo un periodo di cura variabile dalle 20 alle 30 iniezioni, col solo sussidio del riposo e di una alimentazione normale, unicamente privata dell'alcool, di cibi drogati, acidi o piccanti. Il benessere che i pazienti ne traggono è già sensibile dopo le prime 10 iniezioni colla scomparsa dei dolori, della pirosi, mentre nelle feci scompare la presenza del sangue.

Radiologicamente si nota scomparsa delle immagini di nicchia, degli spasmi e delle contratture, mentre appaiono in parecchi casi deformazioni cicatriziali o briglie aderenziali. L'O. non può sul momento affermare se trattasi di guarigione reale o provvisoria, ma spera che l'estensione del metodo terapeutico gli permetta in seguito di essere meno prudente.

L. CANNAVÒ (Palermo). — *Nuove osservazioni sulle pancreatiti croniche da ulcera peptica.* — L'O. riferisce come già da tempo avesse rilevato l'esistenza di una sindrome pancreatica cronica che si presenta in individui affetti da ulcera peptica, sopratutto di ulcera duodenale.

Le caratteristiche cliniche di questa particolare forma morbosa sono date dalla lentezza e dalla progressività del decorso per cui lentamente ma fatalmente gli infermi divengono diabetici, pur continuando a soffrire dei disturbi propri dell'ulcera. La forma è indiscutibilmente progressiva; la prima ad essere lesa è la secrezione pancreatica esterna; in un periodo successivo appare anche la sintomatologia diabetica che è quella che infine domina il quadro. Nelle forme conclamate sono quindi evidenti tre disturbi fondamentali:

1) l'ulcera, quasi sempre di vecchia data;

2) la fenomenologia pancreatica, nei casi iniziali limitata alla secrezione esterna, nei casi conclamati, con disturbo più o meno evidente anche della secrezione interna (sintomatologia diabetica classica, coi caratteri di diabete pancreatico puro);

3) la presenza di una periviscerite che indica la via per la quale il processo morboso dal duodeno o dal piloro è pervenuto a pancreas (periduodenite o peripilorite, con stasi sopramesocolica del duodeno, mesocolite trasversa).

Dal punto di vista della terapia, utile si è mostrata nei casi dell'O. la terapia insulinica unita ad una dieta appropriata all'ulcera; buoni servigi ha reso del pari la terapia combinata insulino-pepsinica e dietetica.

A. PICCINELLI (Roma). — *Tubercolosi miliarica del peritoneo a sindrome pseudo-colecistitica.* — L'A. riporta l'interessante osservazione clinica, confortata da controllo operatorio e biopsichico, di una sindrome addominale, che per l'insieme dei dati semeiologici, anamnestici, subbiettivi, obbiettivi fisici e funzionali, compresi i radiologici, orientava nettamente verso la diagnosi di colecistite. Questa affezione appariva invece simulata da una tbc. miliarica generalizzata della sierosa, solo più appariscente nel quadrante superiore destro. Rileva la peculiarità dell'osservazione, che non appare identificabile con i comuni aspetti della tbc. peritoneale descitti e sistematizzati nei comuni trattati.

A. PICCINELLI (Roma). — *Emianopsia omonima bilaterale a quadrante e diagnosi di sede dei tumori cerebrali.* — L'O. ricordando che l'esame neurologico senza l'aiuto della radiologia e della oftalmologia, permette di localizzare solo una piccola parte di tumori cerebrali, afferma la preziosa importanza di un segno raro a rilevare come l'e. o. bilaterale a quadrante, quasi patognomonico, entro certi limiti, delle lesioni tumorali del lobo temporale.

Riferisce un caso dimostrativo di questa acquisizione clinica già messa in giusto rilievo da Meyer e Cushing, confermata da De Martel e da altri non numerosi AA.

P. FORMICOLA e N. PARISE (Napoli). — *Sull'assorbimento del glucosio per via rettale.* — Gli AA. in precedenza in base a loro esperienze avevano già potuto affermare che per la somministrazione del glucosio, sia negli epatopazienti che nelle più svariate sindromi, è da preferire la via rettale perchè il glucosio, assorbito lentamente, non viene allora rapidamente immesso in circolo e quindi l'immagazzinamento nel fegato non si verifica in modo brusco. Essendo state tali affermazioni contradette da alcuni autori stranieri, gli AA. hanno praticato in soggetti sani, in malati di affezioni varie ed in epatopazienti, rettoclisi di soluzione fisiologica, di soluzione glucosata 5 per mille, di peptone in acqua alla dose del 5 per mille, nonchè acqua distillata, studiando il comportamento della curva glicemica prima, durante e dopo la introduzione di dette sostanze nel grasso intestino. Essi hanno ottenuto valori glicemici immodificati, e quindi conformanti che la iperglicemia dei loro precedenti esperimenti era conseguenza diretta ed esclusiva dell'assorbimento del glucosio nel circolo venoso.

* * *

Esaurite le comunicazioni inscritte all'Ordine del Giorno, il Presidente della Soc. Italiana di Medicina Interna, fece rilevare l'ottimo esito del congresso sia per il numero degli intervenuti da tutte le parti d'Italia e sia per l'importanza degli argomenti trattati.

Elogiando poi la magnifica organizzazione del Congresso, il sen. Maragliano si congratulò vivamente col Presidente del Comitato Organizzatore prof. Frugoni e con i suoi collaboratori.

* * *

A sede del prossimo Congresso è stata scelta Pavia. I temi posti all'Ordine del giorno sono:

L'Uremia.
Le malattie delle paratiroidi. A. POZZI.

III° Congresso Nazionale di Nipiologia.

(Perugia - Sangemini - Castiglione del Lago
20-23 settembre 1932).

Il Congresso è stato inaugurato nel Salone dei Notari del Palazzo dei Priori in Perugia, alla presenza di molte notabilità italiane e straniere, fra cui S. E. Solmi, S. E. Gentile, Comby, Morquio, Eyzaguirre, Lereboullet, Moriquand, Nobécourt ecc.

S. E. SOLMI, che rappresentava il Governo Nazionale, ha avuto parole di plauso per il prof. Cacace, che vede in questo Congresso coronata la sua lunga tecnica ed i suoi ardenti sforzi per la protezione del lattante. Rileva l'interesse vitale che riveste l'attuale Congresso per la Nazione, poichè esso riguarda la continuità, la sanità, la frequenza della popolazione, interesse di Stato che viene integrato nell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

Il discorso inaugurale è stato tenuto dal gr. uff. avv. S. FABBRI, sulle *prospettive assistenziali della prima infanzia.* Rileva la necessità del coordinamento dei vari Istituti per la protezione della maternità ed infanzia, il che costituisce uno dei compiti più delicati ed importanti dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia. Si occupa particolarmente dell'assistenza all'infanzia abbandonata, illustrando le lacune e contraddizioni dell'attuale legislazione e dimostra la provvida azione svolta dall'Opera in rapporto all'assistenza degli illegittimi riconosciuti dalla madre.

Ma l'assistenza va estesa a tutta l'infanzia abbandonata senza distinzione di stato civile e va accentrata nell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, come è disposto da un disegno di legge già approvato dal Consiglio dei Ministri.

L'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia fa voti che si addivenga anche ad altre riforme, fra cui la ricerca della paternità.

Facciamo seguire brevi sunti delle relazioni che riteniamo possono maggiormente interessare i nostri lettori.

Il problema dell'ospedalizzazione dei lattanti.

Prof. ALLARIA (Torino). — Ad ovviare ai gravi inconvenienti connessi col ricovero ospedaliero dei lattanti occorre risolvere il problema dell'assistenza e del ricovero del lattante povero malato con una visione ampia del fine da raggiungere e dei mezzi che occorrono.

La funzione nosocomiale dell'assistenza alla prima infanzia deve mirare a permettere, il più possibile, il governo (e l'allattamento) materno; deve cioè essere sopratutto ambulatoria, limitando la funzione di ricovero ai casi strettamente indispensabili per impossibilità di adeguato governo materno.

Questa va distinta in una parte profilattica (consultorio periodico profilattico per lattanti sani, refettorio materno, eventualmente sala di custodia diurna per lattanti di madre che lavora) e in un ambulatorio pediatrico per lattanti malati, il quale deve essere un poliambulatorio per la medicina generale (con un reparto per i sifilitici congeniti) per le malattie dell'orecchio, naso, gola, per le malattie oculari, per le malattie della pelle, ecc.

La funzione di ricovero dei lattanti va pure distinta in una parte preventiva (ricovero dei lattanti sani rimasti privi della madre; sezione per prematuri e deboli congeniti) e in una curativa (infermeria per lattanti malati che vanno separati da quelli dei bambini della seconda infanzia e che comprendono le sale per i lattanti affetti da malattie contagiose acute, le sale per i lattanti affetti da malattie contagiose croniche, gli isolamenti).

Connessa con la funzione di ricovero del lattante è quella della continuazione dell'allattamento materno (eventualmente con dormitorio per le madri annesso al reparto lattanti).

La seconda parte del problema dell'ospedalizzazione dei lattanti riguarda la costruzione del pedocomio ed è duplice: finanziaria per cui bisogna ricordare che le spese di allestimento e funzionamento sono elevate e la costruzione del nosocomio stesso.

L'O. espone poi minutamente i criteri che debbono guidare la costruzione di un istituto per lattanti sani ed ammalati.

Nella discussione, il prof. VALAGUSSA (Roma), ha esaminato il *problema del raffreddamento degli ambienti negli istituti di ricovero del lattante,* che è importante quanto e più di quello del ri-

scaldamento, specie considerando i pericoli dell'incameramento del calorico nel lattante descrivendo un sistema economico per ottenere il raffreddamento degli ambienti.

Il diaframmare le culle con paraventini di tela lavabili può essere sufficiente per difendere i lattanti dal diffondersi di malattie infettive nelle corsie dei lattanti. Occorre però che il personale assistente sia educato a comprendere ciò che significa il pericolo del contagio da letto a letto.

È importante che la biancheria, che sta a contatto della cute del lattante, venga sterilizzata dopo aver subìto il bucato, giacchè il bucato chimico odierno non è sufficiente a sterilizzare la biancheria, mentre le sostanze chimiche adoperate per lavare la biancheria rappresentano un elemento d'irritazione della cute, che si trova così esposta alle infezioni da piogeni.

Sordità congenita.

Prof. BILANCIONI (Roma). — Dopo un accenno alla gravità della sindrome, l'O. passa ad esaminare le diverse forme che colpiscono il neonato da quelle ereditarie, come la lue, a quelle che si accompagnano, a malformazioni *a nativitate*.

Distingue tuttavia alcune forme che solo in senso ristretto sono congenite, in quanto accompagnano la nascita, cioè lesioni da forcipe o da altri interventi ostetrici. Quanto alle vere lesioni labirintiche, che sono a base del sordomutismo, analizza minutamente le varietà anatomo-patologiche, che possono raccogliersi in tipi ben definiti. Chiude la relazione con delle osservazioni generali sulla imponenza del fenomeno morboso, che, per la sua diffusione andrebbe indagato da una inchiesta promossa dallo Stato.

Il lattante nelle arti figurative.

Prof. BAGLIONI (Roma). — L'O. compie una rapida corsa attraverso la scultura e la pittura di tutti i secoli, illustrando a mezzo di proiezioni oltre quaranta rappresentazioni, il cui motivo dominante è l'allattamento materno. Vengono splendidamente sottolineate le caratteristiche di questa nobilissima funzione, che ha sempre ispirato capolavori di scultura e di pittura attraverso tutte le civiltà. I più grandi artisti che la storia ricordi hanno volentieri scelto l'allattamento come argomento dei loro tentativi, dei loro studi, dimostrando in tal modo che l'interesse per la donna allattante, oltre a rappresentare un fatto di grande valore sentimentale legato alla maternità, rappresenta anche la cura e il desiderio dei popoli di avere figli sani, forti e robusti, così come la civiltà fascista vuole attraverso l'alto monito del Duce.

Igiene del sistema locomotore della prima infanzia. Fondamenti e albori della educazione fisica del bambino.

Prof. PINCHERLE (Bologna). — Nella sua relazione, che correda di varie proiezioni, l'O. pone anzitutto il postulato fondamentale che i primissimi tempi della vita non richiedono nè consentono una speciale educazione fisica, ma bensì soltanto una scrupolosissima igiene del suo sistema locomotore, che il nipiologo dovrà vigilare con la massima attenzione.

L'O. precisa i compiti pratici del puericultore, in queste sue speciali mansioni igienico-educative, nei seguenti punti capitali:

Necessità imprescindibile della più esatta e precoce igiene del sistema locomotore fin dai primi momenti della vita.

Libero giuoco, educazione ed allenamento, in particolare, dei muscoli estensori.

Agevolazione del più corretto equilibrio fra agonisti ed antagonisti.

Educazione ed allenamento per la stazione e la deambulazione, quando i meccanismi riflessi miotatici lo consentano.

Prevenzione e correzione dei primi paramorfismi e dismorfismi. In caso, e solo verso il secondo semestre, attenta e tecnicamente corretta ginnastica del lattante, sotto la guida dei fondamenti anatomo-fisiologici che sempre devono dettarne le precise finalità.

L'obesità nel lattante.

Prof. COZZOLINO (Bari). — L'O., illustrando 4 casi (2 di sesso maschile e 2 femminile) di *piccole* e *medie obesità* in lattanti, un po' più comuni, e di uno dei quali si occupa diffusamente, ricorda i pochi casi di *obesità mostruosa* o *grande obesità* esistenti nella letteratura, s'intrattiene sulla relativa questione patogenetica ed esclude che il sesso femminile sia l'unicamente colpito, donde sorse la proposta del Pende di denominare tale sindrome « matronismo precoce », accettando invece la designazione più recente di Alfredo Ferrannini, che parla di « maturità precoce ».

A spiegare l'obesità nei 4 casi dell'O. si ammette che in un determinato periodo della esistenza siasi stabilito un iperfunzionamento di un complesso endocrino, all'esordio cioè del complesso cortico-surrene-ipofisario, cui si sostituì gradualmente quello tiroido-epifiso-genitale. Da tale stadio si può giungere ad un ristabilimento dell'equilibrio ormonico e quindi ad un ritorno allo sviluppo normale o magari subnormale, donde persino l'eventuale passaggio dalla pristina obesità alla magrezza.

Le avitaminosi fruste nel lattante.

Prof. FRONTALI (Padova). — L'O. attribuisce importanza fondamentale per la comprensione delle avitaminosi fruste al concetto che il fabbisogno vitaminico sia quantitativo oltre che qualitativo. L'avitaminosi frusta pertanto sarebbe l'espressione di una *privazione parziale*, non totale, di un determinato fattore vitaminico.

Le diete parzialmente carenzate rispetto a un dato fattore vitaminico non sono capaci di determinare l'intiero quadro clinico delle corrispondenti avitaminosi, bensì danno luogo: ora ad uno *stadio di latenza prolungato*, ora a *manifestazioni monosintomatiche*, ora a *quadri clinici* più o meno *incompleti* o frusti.

A parità della dose di ciascuna vitamina quotidianamente ingerita, la reazione dei vari organismi è diversa non soltanto in rapporto col peso e con l'età ma anche in rapporto col valore calorico totale della razione, in rapporto con la capacità di assorbimento della mucosa intestinale (avitaminosi per cause digestive), in rapporto con la costituzione (disposizione individuale, familiare,

di razza), in rapporto con infezioni intercorrenti, ecc.

Quindi l'O. passa a tratteggiare il quadro dello *scorbuto frusto*, fermandosi a considerare particolarmente lo stato generale, l'anemia, i sintomi radiologici, i fenomeni emorragici e particolarmente — fra i segni più precoci e più facilmente influenzabili mediante la vitamina C — i sintomi capillari dall'O. stesso per il primo descritti.

Passa in seguito a delineare le caratteristiche della distrofia da carenza di vitamina A come forma frusta della *cheratomalacia* e coglie l'occasione per ribadire la priorità delle sue ricerche rispetto a quelle di Mellanby e Green e per chiarire il suo punto di vista nei riguardi della influenza anti-infettiva del fattore A.

Dopo aver messo in evidenza come forme fruste di *avitaminosi B* non siano rare nei lattanti ad alimentazione artificiale anche nei nostri climi, illustra l'influenza di questo fattore vitaminico sul ricambio non soltanto degli idrati di carbonio, ma anche dei grassi e su particolari alterazioni cutanee del bambino, come è stato dimostrato per la prima volta dall'O. e da suoi collaboratori.

Accenna brevemente allo stadio di latenza ed alle forme iniziali del rachitismo.

Per ciò che si riferisce alla diagnosi insiste sulla importanza di vari sintomi particolari ed in generale su quella del criterio *ex juvantibus*.

Nei riguardi terapeutici accenna all'importanza ed alle difficoltà che incontra in pratica la *posologia* dei vettori di vitamine, alle vie d'introduzione dei medesimi, all'intolleranza verso alcuni di essi, all'importanza dell'equilibrio degli altri ingredienti alimentari fra loro e con i fattori vitaminici.

Da ultimo considera per la loro importanza curativa i fattori vitaminici come *medicamenti specifici*, che presuppongono una diagnosi esatta e precisi metodi di trattamento, ma sono capaci di dare risultati altrettanto brillanti come nella malaria il chinino e nella lue il mercurio o gli arsenobenzoli.

Endocrinologia e nipiologia.

Prof. Pende (Genova). — Lo studio della situazione ormonica caratteristica del primo anno di vita è ancora tutto da fare, e non v'è dubbio che nella costituzione neuroendocrina speciale del lattante deve risiedere il complesso di fattori endogeni più importanti per la spiegazione di quella famiglia di sindromi diatesiche, che caratterizza la patologia della primissima infanzia. Secondo le sue ricerche, il primo anno di vita presenta due periodi, che possiamo chiamare di *crisi endocrine*: cioè una *prima crisi ormonica* postnatale, che si prolunga fin verso il sesto mese, ed una seconda crisi ormonica, che comincia con l'inizio del secondo semestre di vita.

La crisi ormonica postnatale s'inizia verso la fine della prima settimana ed è caratterizzata da una diminuzione di volume e di funzione della glandola tiroide e della glandola surrenale, cosicchè vengono a prevalere nell'equilibrio interormonico il timo, gli organi linfoidi e le isole pancreatiche.

Si spiega in tal modo, non solo la grande intensità del ricambio con grande prevalenza dell'assimilazione e crescita ponderale enorme relativamente alle età successive, ma anche la iperfunzione di tutta la sfera del parasimpatico.

Nel primo semestre esiste anche una fisiologica ipoattività epatica, in contrasto con l'iperattività pancreatica. In condizioni di temperamento morboso questa insufficienza epatica, è capace di renderci conto di quelle sindromi, che vanno comprese nella rubrica dell'*artritismo infantile* e della *diatesi essudativa*: e cioè l'obesità, pastosa (ipertimica) con manifestazioni cutanee, e mucose, essudative, i fenomeni di iperuricemia e di iperlipemia infantile, le tendenze alle contrazioni esagerate vagotoniche ed alle ipersecrezioni esagerate del tubo gastrointestinale e delle vie respiratorie, la tendenza all'asma timico ed alla « mors thymica », agli choc ipoglicemici ed alle convulsioni ipoglicemiche, in cui è verosimile l'intervento di crisi iperinsulari.

La *seconda crisi ormonica del primo anno di vita* consiste in una ripresa attiva della funzione della tiroide, della surrenale, delle paratiroidi, della pituitaria, mentre diminuisce relativamente la funzionalità del sistema timoinsulare. Essa si accompagna ad una fisiologica iperattività del fegato. Questa crisi è in rapporto con la prima spinta energica di sviluppo della vita di relazione, essendo noto che il cervello, sopratutto la corteccia, si sviluppa rapidamente in questo periodo, e comincia lo sviluppo del sistema motore piramidale, dello scheletro e dei muscoli, del linguaggio, nonchè s'inizia la dentizione. In condizioni patologiche o di temperamento morboso ipertiroideo od ipoinsulare, si vedono insorgere facilmente in questo secondo semestre sindromi di turbato ricambio dei carboidrati come fenomeni acidosici imputabili ad una esagerazione morbosa del fisiologico ipoinsulinismo, ipertiroidismo ed iperepatismo, oppure si vedono insorgere fenomeni di eccessivo catabolismo ed atrepsia con deficiente intensità dei poteri assimilatori, od iperperistalsi intestinale con inibita digestione ed assorbimento dei grassi, così come avviene nell'ipertiroidismo associato ad ipochilia pancreatica (ipertiroidismo ed ipopancreatismo della prima infanzia). Nei casi, in cui prevale l'insufficienza del timo associata ad eccessiva funzione delle tiroidi e delle paratiroidi si può anche constatare, su questa base ormonica, l'insorgenza facile di stati rachitici e spasmofili.

In tal modo l'endocrinologia del primo anno di vita illumina le più importanti sindromi morbose proprie di quest'età. Dal lato della costituzione ormonica noi distinguiamo due tipi principali di temperamento endocrino del lattante: l'uno è il lattante ipertimico-linfatico-ipoepatico-ipotiroideo-iperinsulare, l'altro è il tipo del lattante ipertiroideo-iperepatico-ipoinsulare. Nel primo si trova un orientamento vegetativo con forme più spesso brevilinee, esuberante accrescimento di massa corporea, ritardata evoluzione morfologica; nel secondo si trova orientamento ipovegetativo, con forme più spesso longilinee, deficiente sviluppo ponderale, precoce differenziazione morfologica. L'uno è l'esagerazione della situazione ormonica del primo semestre di vita, l'altro l'esa-

gerazione della situazione ormonica del secondo semestre.

Sono questi i due stessi tipi umani fondamentali, che con le loro varianti endocrine dall'O. segnalate si incontreranno poi anche nelle età successive della vita.

Benessere e malessere psichico del lattante.

Prof. COLUCCI (Napoli). — Il fattore emozionale è lo stato fondamentale che riassume quasi tutta la psichicità del lattante senza precisa linea di demarcazione con la vita vegetativa, di relazione, con la cenestesi. La vita somatica e psichica si sistematizzano nella formazione di abitudini.

Gli istinti di nutrizione, di conservazione, i bisogni di libertà di movimenti, di adattamenti si svolgono col controllo del piacere e del dolore.

L'O. dimostra con quanta utilità la pratica del lattante si possa arricchire di una semeiotica psichica, la quale serve, in primo luogo a delineare per la normalità o per le anomalie e patologie dello sviluppo, gl'indice di vitalità, la potenzialità dinamica, il valore fisico neurologico, psichico. Si denunziano su tale semeiotica una *psicologia differenziale del lattante*, ed il tema della *costituzione*.

È giusto che nelle indagini sul lattante domini il concetto della esuberanza dei riflessi, in relazione alla nutrizione in eccesso, alla maggiore frequenza vascolare e respiratoria, all'iperattività ormonica, che significano maggiori ossidazioni, calorie ed accrescimento di energie. Ma non si devono esaurire in tale concetto la esperienza e la pratica poichè la semeiotica deve registrare le fasi di apparente silenzio, le pause, necessarie all'intima elaborazione per il completamento dello sviluppo.

L'O. accenna ai fenomeni di psichicità del lattante nei suoi diversi periodi e rileva che, in correlazione a tutto il sapiente indirizzo dell'odierna puericultura, che porge altrettanti norme per la vita psichica, occorre integrarvi l'anima del lattante, con intendimenti di psicologia applicata.

Seguono poi le altre Relazioni.

Prof. SIMONINI (Modena). — *La biologia e l'assistenza del neonato e del lattante negli scrittori del Medio Evo.*

Prof. ROSSI (Portici). — *Vedute moderne sull'igiene del latte.*

Dott. MAZZINI (Imola). — *Il lattante in rapporto ai suoni ed all'arte musicale.*

Dott. GESMUNDO (Firenze). — *La tutela del lattante nella riforma dei Codici.*

Sono state fatte numerose comunicazioni sui temi di relazione ed anche su altri argomenti. Alle relazioni sono seguìte serene ed elevate discussioni che ne hanno meglio sviscerato il contenuto.

Nel discorso di chiusura, il prof. CACACE, presidente del Congresso, riesprime la più viva gratitudine a S. A. R. la Principessa di Piemonte, a S. E. il Capo del Governo, a S. E. Solmi, al R. Commissario dell'O. N. M. I., a tutte le Autorità, alle Istituzioni e Società scientifiche italiane e straniere, aderenti e rappresentate, alla Commissione ordinatrice, ai relatori ed ai congressisti tutti.

Riassume tutti i lavori del Congresso ponendone in rilievo l'importanza dei nuovi contributi alla scienza nipiologica, e sopratutto quella della endocrinologia nipiologica, di cui in questo Congresso si sono gittate le basi, e l'originalità dei nuovi studi di nipiobiologia artistica, d'igiene, di patologia e di storia del lattante. Pone in speciale evidenza le geniali proposte del R. Commissario dell'O. N. M. I.

Rileva l'altezza e la serenità delle discussioni alle quali oltre illustri pediatri hanno partecipato illustri clinici medici, fisiologi e psicologi, come Nicola Pende, Silvestro Baglioni, Guglielmo Bilancioni, Cesare Colucci.

Rivolge un fervido saluto vibrante di gratitudine a tutti gli scienziati stranieri, che hanno contribuito notevolmente al progresso della Nipiologia, e chiude il suo elevato discorso con forte fede nel trionfo definitivo della scienza nipiologica. *fil.*

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 23 settembre 1932-X.

Presiede: prof. D'ALESSANDRO, presidente.

Prof. FECI. — *Röntegenterapia dei tumori polmonari.*

Prof. LUSSANA. — *Resezione del simpatico lombare.*

Colectomia totale per dolicolon e stipsi abituale cronica.

Prof. LUSSANA. — L.O. dopo aver ricordato che il substrato anatomico della stipsi cronica abituale sono quasi sempre alterazioni congenite od acquisite del grosso intestino (dolicocolon, megacolon, briglie da pericolite che strozzano od angolano un segmento del colon) ed accennato alle gravi alterazioni di tutta l'economia organica che induce la conseguente stercoremia ed alle indicazioni dell'intervento chirurgico nei singoli casi, presenta un malato operato di colectomia totale in un unico tempo per dolicocolon totale con stipsi abituale cronica, dimagramento, cefalee, algie diffuse, anoressia, intossicazione generale, ecc.

Il risultato a distanza di tre mesi è buono. Il paziente rifiorisce, mangia ed aumenta di peso, ha benessere, si scarica 3-4 volte nelle 24 ore.

Incontinenza essenziale di urina da spina bifida occulta. Laminectomia.

Prof. LUSSANA. — L'O. presenta una operata di 22 a., incontinente fin dalla nascita, nella quale radiologicamente era stata vista una spina bifida. L'intervento consistè in una laminectomia della vertebra soprastante e sottostante la sede della rachischisi e nell'asportazione di una forte lamina fibrosa tesa fra due esigui monconi residui dell'arco osseo vertebrale della 1ª sacrale, lamina fibrosa che comprimeva il cellulare sottostante ed il cono meningo-radicocele.

La p. fin dalle prime ore dopo l'atto operativo, diventò continente e tale si mantiene.

L'O. richiama l'attenzione su tale origine probabile di molti casi d'incontinenza d'urina giovanile che potrebbero beneficiare dal trattamento chirurgico. *Il Segretario*: Dott. CAMPLANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

RILIEVI SEMEIOTICI

La diagnosi iridea o iridoscopia applicata a due casi clinici.

Dott. prof. VITTORIO CARUCCI - Spezia.

CASO I. — Il 28 agosto 1899 nasceva a Camerino un bambino maschio, la cui madre aveva sofferto di coliche epatiche. Il giorno successivo alla nascita, trovandomi presso la puerpera, proposi l'esame degli occhi del neonato e così feci.

(Io, allora, insegnavo anatomia, ma ignoravo la scoperta del Péczely). Gli occhi erano celesti, ossia l'iride dell'occhio destro che esaminavo si presentava celeste e con aspetto raggiato, ma non con un bel celeste chiaro, ma con un celeste scuro, che oggi depone contro uno stato di salute perfetta. Mentre contemplavo questa iride dell'occhio destro, con mia sorpresa, per una speciale precipitazione di pigmento, l'iride da celeste divenne color castagno, ed in corrispondenza delle ore 8 restava un piccolo segmento col colore primitivo. Ecco come avvenne il cambiamento di colore. Da circa le ore 2, presso il bordo ciliare, ossia dal punto opposto alle ore 8, si partì un'ondata di pigmento castagno, come se scaturisse da un rubinetto a due getti. Questa ondata interessava tutta la superficie compresa fra i due limiti centrale e periferico, e procedeva verso i due lati in modo perfettamente parallelo ed a ondate eguali, come se risentisse a distanza l'impulso ritmico del cuore. L'ondata procedè diretta verso le ore 8 dove si arrestò, lasciando un piccolo spicchio a forma di cono, con l'apice tronca verso la pupilla, e dal colore primitivo dell'iride. Istantaneamente portai l'attenzione su l'occhio sinistro, e questo, appena aperte le palpebre, si presentò castagno come il destro, ma senza alcuna macchia celeste. La macchia dell'occhio destro si è mantenuta bene evidente per molto tempo, fino che non ha più interessato alcuno della famiglia, non conoscendosi allora l'indicazione preziosa che veniva data dalla macchia stessa.

Il bambino fatto grande, a 17 anni andò volontario di guerra senza mai avvertire disturbi al fegato. A cira 24 anni fui con lui a Roma. Allora da qualche anno mi occupavo di *iridoscopia.*

Appena lo vidi, gli chiesi dell'occhio e glie lo osservai. Gli occhi erano castagni, la macchia chiara nell'iride destra non vi era più, ma in sua vece v'era una macchia nera ben circoscritta. La macchia nera come un grosso punto, indicava allora *male di fegato di vecchia data* già passato; mentre la macchia chiara primitiva indicava male acuto e subacuto, indicava cioè che il bambino, mentre era nelle viscere materne, aveva contratto il male della madre, e che è nato mentre il mal di fegato, in lui, era in corso.

All'età di 32 anni circa, (due anni or sono), mentre era a Tripoli ove ha residenza, in seguito a dispiaceri avuti, si è sentito poco bene ed ha chiamato il medico. Il dottore di famiglia esaminatolo, riscontrò *ingrossamento del fegato.*

Si può con maggior fortuna e costanza seguire un caso clinico così interessante per stabilire la precisione e l'importanza della scoperta dal Péczely? L'osservazione di questo caso ha importanza anche per altri fatti che sarà bene trattare, per richiamare su di essi l'attenzione. Per es. la precipitazione di pigmento che si nota in questa iride destra, pochi istanti dopo che l'iride per la prima volta è esposta alla luce solare, non autorizza ad ammettere una azione diretta della luce su i pigmenti?

Come poi spiegare la precipitazione di abbondante pigmento da un sol punto dell'iride, e, da questo punto, dilagare verso la parte opposta, come se fosse spinta da speciale impulso, e, come per incanto, arrestarsi a poca distanza delle ore 8, per dar luogo ad una macchia, che indica un mondo di cose?

Ben a ragione Liljequist, dopo di aver studiato gli occhi, ringraziava Iddio per le meraviglie osservate!

CASO II. — Per dare un'idea del come bisogna esser cauti nel giudicare del colore dell'iride e della presenza di macchie, riferirò di un caso clinico osservato nel 1927 nel R. Ospedale della Marina, alla Spezia. Il paziente era un carabiniere di Cicagna (Genova) ricoverato perchè malato di *psoriasi volgare.* Osservati gli occhi, presente il tenente colonnello medico Ferrari, constatai che le due iridi presentavano un bel colore giallo uniforme, esteso all'intera superficie, senza la più piccola traccia di aspetto raggiato, nè di depressioni in forma circolare.

Ripetuto l'esame dopo tre giorni, notai che le iridi presentavano lo stesso aspetto, ma che il giallo interessava l'angolo irido-corneale e risaliva per minimo tratto nella superficie interna della cornea, tutto all'intorno. Questo fatto appena percepibile, mi fece pensare che il giallo non rappresentasse il vero colore giallo dell'iride, ma di un essudato elaborato dagli elementi anatomici sottostanti, e diffuso alla intera superficie fin a toccare la cornea. Perciò ritenni opportuno sospendere le osservazioni ed aspettare che la *psoriasi migliorasse.* Dopo dieci giorni la psoriasi era in gran parte scomparsa. Osservati gli occhi constatai qua e là nelle due iridi delle macchie leggermente azzurre, non tutte eguali e non più di tre. Paragonando lo strato giallo ad un velluto, sembrava che questo in qualche punto fosse stato corroso dalle tarme. Mentre di fatto, con le migliorate condizioni generali del paziente, il tessuto irideo sottostante, aveva iniziato in vari punti l'assorbimento dell'essudato, d'onde la comparsa del vero colore dell'iride, ossia il colore azzurro proprio delle iridi e non dovuto a macchie.

RIASSUNTO.

Il primo caso clinico mette in evidenza l'importanza e l'esattezza dell'iridoscopia, che praticata nei neonati, può rilevare fatti ere-

ditari, se ve ne sono, e suggerire i mezzi adatti a garantire lo sviluppo dei bambini.

Il secondo caso insegna che l'iride, come la cute, può ricoprirsi di un essudato, e presentare un colore totale o parziale, che non è il proprio. Ciò va tenuto presente, per giudicare del colore irideo e delle possibili macchie.

CASISTICA.

Rapporti fra piorrea alveolare ed uricemia.

V. Campatelli (*La Stomatologia*, giugno 1932) ha trovato che le manifestazioni di piorrea alveolare che si riscontrano in individui affetti da gotta o da uricemia insorgono fra il 35° ed il 45° anno. La maggiore percentuale si trova fra quelle forme che si osservano in individui affetti da gotta ereditaria.

Non appena incominciano i fatti piorroici, la quantità di acido urico, sia nelle urine che nel sangue incomincia a diminuire e si abbassa fino al normale. Anche gli attacchi gottosi e le localizzazioni organiche od articolari di acido urico vanno sensibilmente e gradatamente diminuendo.

L'articolazione alveolo-dentaria servirebbe per tal modo come un emuntorio per l'organismo, sicchè attraverso di essa si avrebbe una maggiore eliminazione di acido urico, il quale non verrebbe quindi ad accumularsi nell'organismo. È quindi consigliabile di non intervenire troppo presto nella cura di tali forme piorroiche, ma soltanto con cure adeguate, locali e generali, tenendo a posto il più possibile i denti.

L'estrazione precoce sospende l'eliminazione dell'acido urico attraverso la via alveolare.

Le forme piorroiche di origine uricemica si distinguerebbero dalle altre perchè nelle fasi più acute danno una marcata dolenzìa e per il fatto di fornire un pus meno denso.

Con un'adatta cura dietetica e medicamentosa, la piorrea può anche arrestarsi, lasciando integri certi gruppi di denti. Questo arresto, però, è generalmente di breve durata.

fil.

Le infezioni orinarie di origine dentaria.

Si tende oggi a ritenere che le infezioni urinarie provengano dalla via sanguigna. Fra le varie porte d'entrata dei germi infettanti, non si deve dimenticare la bocca. G. Gayet (*Lyon médical*, 20 marzo 1932) riporta due osservazioni del genere. Una donna di 21 anni, che aveva avuto febbre, senza pollachiuria nè minzione dolorosa, aveva urine torbide dal lato destro, senza ritenzione pielica e senza germi all'esame ed all'inoculazione. L'estirpazione di un dente, con periostite alveolo-dentaria, portò la guarigione. Un'altra donna di 28 anni, con pielonefrite a streptococchi e stafilococchi, guarì dopo un'instillazione di nitrato d'argento nel bacinetto destro e l'estirpazione di un dente malato.

Quando la causa di un'infezione urinaria non appare ben chiara, è necessario fare un esame accurato della bocca e dei denti. Se la dentatura è insufficiente per assicurare una buona masticazione, si deve anche pensare alla azione nefasta che un cattivo stato digestivo può avere sull'apparato urinario. Se si riscontra una vera suppurazione, occorre eliminare tale focolaio d'infezione.

fil.

Corpi estranei nel seno mascellare.

A. Laskiewicz (*Il Valsalva*, aprile 1932), nel riportare 5 osservazioni personali di corpi estranei nel seno mascellare rileva che essi sono la causa di flogosi purulente croniche dei seni stessi, le quali si manifestano precocemente, quasi subito dopo la penetrazione. Pertanto, ogni volta che la secrezione proveniente da un seno, mantenutasi per lungo tempo muco-purulenta, diventi nettamente purulenta, è buon criterio sospettare la presenza di un corpo estraneo del seno che detemina l'infiammazione cronica.

Fra i sintomi più comuni e probativi, è da menzionare la probabile ostruzione dell *ostium maxillare*, rivelata soprattutto dalla impossibilità di praticarne la lavatura per la via naturale.

I corpi estranei che si riscontrano sono: pezzi di drenaggi di gomma, tamponi di garza, batuffoli di ovatta, frammenti di oggetti (trapani da dentisti, stuzzicadenti), frammenti di radici di denti, nonchè parassiti animali e vegetali. Nei casi dell'A. si trattava di frammenti di pallottole di guerra, di palline da caccia, di un perno di protesi dentaria rotto e cadutovi per una fistola alveolare.

fil.

TERAPIA.

Cura della tossicosi alimentare.

Il quadro clinico della tossicosi alimentare dei bambini è caratterizzato da diarrea e vomito con conseguente disidratazione e acidosi.

La patogenesi è discussa; per alcuni è di natura batterica, per altri puramente tossica. Dodd e i suoi collaboratori hanno trovato un aumento della guanidina nel siero di sangue dei bambini con tossicosi alimentare e hanno avuto buoni risultati terapeutici coll'uso del calcio.

La cura deve avere di mira il riposo del tratto gastrointestinale e la reidratazione dell'organismo.

S. Karelitz e Bela Schick (*The Journ. of the Americ Medic. Assoc.*, 10 luglio 1932) seguono questo metodo: fleboclisi di 100-250 cc. di

soluzione di destrosio al 5 % in soluzione fisiologica da introdursi rapidamente (in 15-20'), poi trasfusione di 75-150 cc. di sangue citratato, più adrenalina e caffeina sempre per via endovenosa. Digiuno assoluto per 12 ore in cui solo si bagnano la bocca e il faringe; poi si dà acqua per bocca, se c'è vomito si aumenta la quantità di liquido introdotto per fleboclisi (si lascia la cannula da fleboclisi in sito dopo la prima introduzione rapida ed abbondante e per 24 ore si continua la somministrazione a gocce in modo da introdurre 5-10 gocce al 1'). Il latte si comincia a dare solo dopo 36 ore, continuando sempre la fleboclisi fino a scomparsa completa dei sintomi tossici.

Furono curati così 53 bambini. La capacità del sangue di assorbire diossido di carbonio segue a miglioramento del bambino. Nel 25 % dei casi c'è azotemia alta. La proteinemia è stata trovata alta nei pochi casi in cui fu cercata. C'è cloruremia alta, che migliora colla fleboclisi di soluz. fisiologica.

La mortalità è stata del 12 %; la media di durata della malattia è stata di 3 giorni dall'inizio della cura. R. LUSENA.

Cure di dimagramento negli individui con cuore sano.

L. Roemheld (*Fortschritte d. Ther.*, 1932, n. 9) consiglia la dieta lattea assoluta per determinati giorni da intercalarsi con quelli a regime normale. In tali giorni il paziente rimane in letto; la sera prima, prende soltanto 250 cmc. di latte ed il giorno dopo, 500 cmc. in tutto, divisi in 2-3 porzioni, eventualmente con piccola aggiunta di caffè. L'iponutrizione, il riposo in letto e la scarsezza del latte in sale aumentano la diuresi, per cui si hanno notevoli perdite di peso dovute alla deacquificazione dell'organismo.

Le eventuali cefalee da fame si combattono con del piramidone e con la somministrazione di arancie. *fil.*

IGIENE.

Metodi per il riconoscimento della putrefazione incipiente delle carni.

G. Brotzu (*Bull. sc. med. Bologna e Diagnostica e tecnica di laboratorio*, luglio 1932) ha fatto uno studio comparativo sui metodi per il riconoscimento della putrefazione incipiente delle carni alimentari fresche e congelate. Si debbono scartare i procedimenti basati sulla riduzione dei nitrati, del blu di metilene e del consumo di ossigeno, perchè danno risultati irregolari e discordanti. Invece, corrisponde bene la determinazione degli aminoacidi secondo Enriguez-Gialdbäk o di Van Slyke. Delle quantità di 300-350 mg. di azoto su 100 grammi di carne seccata a 70°, al terzo stadio della titolazione secondo Sörensen e 550 mg. dei 4 stadii debbono essere ritenute indice di putrefazione incipiente.

L'A. conferma la bontà del metodo basato sulla determinazione del pH, eseguito di preferenza sull'estratto a caldo, metodo di facile e rapida esecuzione. La diminuzione del pH segue regolarmente l'aumento degli aminoacidi e quando esso giunge oltre 6,3, si può ritenere che la carne si trova in stato di incipiente putrefazione.

L'aumento degli aminoacidi e la diminuzione del pH sono l'espressione dell'azione dei germi aerobi ed anaerobi, il cui numero potrebbe anche servire come indice dello stato di putrefazione, se non si prestasse male ad una ricerca rapida, richiedendo diversi giorni per lo sviluppo delle colonie. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Specializzazione in dermosifilopatia. — All'abbonato n. 1764:

In tutte le Università maggiori si svolgono corsi di perfezionamento in Dermosifilopatia per poter ottenere il titolo di specialista, a condizione che vi sia un dato numero di iscritti.

In generale i corsi sono biennali secondo i programmi fissati dalle singole Facoltà.

L'abbonato può rivolgersi alle Segreterie Universitarie o alle Direzioni delle Cliniche Dermosifilopatiche per avere programmi e chiarimenti. M.

Al dott. G. G. da T. - Abb. N. 8235:

Il *conteggio degli spermatozoi* si pratica con metodi simili a quelli del conteggio dei globuli sanguigni. La quantità per mmc. varia da 60.000 (Lode) a 66.900 (Landois) a 50.000-400.000 (Amantea). La quantità di sperma per ogni ejaculazione si calcola di 3-7 cmc. (limiti da cmc. 0,5 a 13). In ogni ejaculazione possono pertanto aversi 50-700 milioni di spermatozoi, che in qualche caso possono raggiungere i due miliardi. Il numero aumenterebbe con l'eccitazione sessuale. Chi ha studiato da noi ampiamente la questione è stato il prof. L. Amantea, attualmente direttore dell'Istituto di Chimica fisiologica della R. Università di Roma. *fil.*

Al dott. P. R. da S.:

Come *rimedi antiflogistici*, vi sono in commercio diverse specialità (Antiphlogistine, Caloplast, Antiphlogistikum) che consistono essenzialmente in caolino e glicerina (con eventuale aggiunta di jodio, salicilati, ecc.). L'azione terapeutica è da attribuirsi soprattutto alla proprietà del caolino di mantenere a lungo il calore umido (anche per ore), sicchè sosti-

tuiscono vantaggiosamente i comuni cataplasmi, che si raffreddano rapidamente.

Essi hanno, pertanto, molte indicazioni (traumi, miositi, foruncoli, artriti, ecc.).

A. S.

Al dott. D. N., Chiavari:

Non risulta che il libro *Asenzion Spiritual* di A. Angestrilo sia in vendita in Italia. Può farlo richiedere all'editore a mezzo di un buon libraio. Il prezzo in lire italiane è pari al corso della peseta, più le spese di posta.

DR.

VARIA.

La teoria delle radiazioni mitogenetiche.

È ormai antica la supposizione che la divisione nucleare e cellulare può essere influenzata da varii fattori sia interni che esterni. Mentre ciò è vero per quanto riguarda la temperatura, in quanto l'aumento di essa accelera la mitosi cellulare e sono conosciuti molti mezzi che possono servire a ritardarla o ad impedirla, appare difficile ammettere che, eccettuati alcuni speciali tessuti, la mitosi possa essere accelerata da composti ben definiti e da altri mezzi che non sia il calore. E ciò è particolarmente vero, secondo G. W. Taylor e E. N. Harvey (*The Biol. Bull.*, dicembre 1931) per i raggi mito-genetici di Gurwitsch (1923) raggi prodotti da cellule o da estratti di cellule che sarebbero capaci di provocare la divisione in altre cellule. Gli AA., che hanno voluto controllare le esperienze del Gurwitsch e dei suoi sostenitori, concludono che alle radici di cipolla usate dal G. come *detectors* dei raggi mitogenetici, non può essere riconosciuta questa proprietà, in quanto anche le radici normali, non esposte ad alcuna sorgente di radiazione mitogenetica, se divise in due metà, possono mostrare in ciascuna di esse una variazione nel numero delle cellule in mitosi che può raggiungere il 50 %. Cadrebbe così l'esperimento del G. il quale notava nella metà della cipolla esposta ai raggi mitogenetici un aumento della mitosi dell'80 %. Anche l'esposizione di una lastra fotografica davanti a radici di cipolla e a culture di lievito non diede alcuna immagine. Gli AA. concludono col negare l'esistenza di radiazioni mitogenetiche prodotte dal lievito o dalle radici di cipolla sotto forma di raggi ultravioletti.

G. LA CAVA.

I raggi infrarossi ad onda lunga.

P. B. Aquino (*La Semana Médica*, 15 settembre 1932) riferisce su 10 casi di affezioni diverse (otite acuta, idrartrosi reumatica, torcicollo reumatico, otorrea cronica, pleurodinia, cistite con disuria, colite acuta, sinovite traumatica, lombaggine) curati con i raggi infrarossi ad onda lunga prodotti nel Neoirradiatore del radiologo W. Müller. In tutti i casi è stata manifesta l'azione analgesica e antiflogistica, talora sorprendentemente rapida. La facilità di trasporto dell'apparecchio e la semplicità del maneggio sono altri elementi che consigliano questo metodo.

C. TOSCANO.

Ricerche sperimentali sul potere radiante del sangue nell'ergosterismo.

Lesioni istologiche prodotte dall'ergosterismo (intossicazione da ergosterina) messe in evidenza per primo da Hopkins si rinvengono in quasi tutti i tessuti ed organi, eccetto il sistema nervoso, e possono andare dal semplice rigonfiamento torbido con vacuolizzazione del nucleo, alla degenerazione grassa, alla necrosi, alla calcificazione. Anche il ricambio colesterinico del Ca e Ph viene profondamente alterato.

Fra tutti i tessuti, i più sensibili all'azione tossica dell'ergosterina sono le pareti delle arterie e delle vene, tantochè Capocacchia parla di « senilità precoce » da ergosterismo.

A. Casati (*Radiobiologica*, 21 aprile 1932), partendo da tali risultati sperimentali ha studiato il comportamento del potere radiante del sangue della rana ergosterinizzata con l'emoradimetro di Protti ed ha trovato, oltre una netta conferma sull'azione lesiva specie sul fegato e sull'intestino di questa sostanza, una totale scomparsa del potere radiante del sangue nelle rane ergosterinizzate.

Contemporaneamente a questi risultati ha trovato che anche il sangue di ratti e di conigli ergosterinizzati ha un potere radiante diminuito o scomparso.

La diminuzione del potere radiante del sangue è stata notata nei vecchi, negli animali affamati od asfittici ed in vari stati morbosi gravi: in tutti quegli stati cioè che si accompagnano a cattive condizioni generali.

Per questo, e per ora, il Casati afferma che la scomparsa del potere radiante del sangue negli animali potrebbe venire considerata come espressione delle gravi condizioni generali dell'organismo, comunque prodotte od avvenute.

LIVERANI.

Medicina umoristica.

Quale differenza passa tra il medico e l'avvocato?

Il medico prima spoglia il cliente e poi lo ascolta.

L'avvocato prima ascolta il cliente e poi lo spoglia.

(Da « Lo Spunto », 1° nov. 1932).

* * *

Il medico ad un suo cliente povero:

« Come sta in questa casa? ».

« Come nel paradiso terrestre... ».

« Cioè? ».

« Non ho di che coprirmi, e posso essere scacciato ogni momento... ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

88° *Dottor P. L.* — La registrazione deve risultare dalla etichetta. Occorrendo, può assicurarsene rivolgendosi o alla Prefettura, o al Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità).

89° *Dottor F. C. D. V.* — Il primo quesito si riferisce ad una questione, tuttora forse non risoluta e molto delicata. Ne ho trattato più volte nel « Policlinico » e nella Rivista « Diritto pubblico sanitario ». Io ritengo che la denunzia debba rimanere segreta e il medico provinciale non possa fare rapporto al fine di un procedimento penale, al quale sarebbe esposta la persona assistita dal medico che fece la denunzia amministrativa.

Nel caso di lesione, con o senza pericolo di morte, il medico curante deve fare referto. Non è tenuto ad accertare e a riferire se la lesione fu cagionata in rissa: egli espone ciò che a lui risulta da constatazioni obbiettive in rapporto alla lesione. Può fare osservazioni cliniche, utili alla conoscenza della causa e, qualora vi sia dubbio di un'autolesione, può indicarlo o motivarlo. Il medico non deve fare indagini che sono riservate alla polizia giudiziaria ma deve riferire ciò che a lui risulta come sanitario in base alle constatazioni obbiettive.

Nel caso di falsa denunzia, si può agire per calunnia o, in via civile, per risarcimento di danni. Nella prima ipotesi deve risultare il dolo, cioè la consapevolezza della innocenza e la volontà di denunciare all'autorità giudiziaria un fatto insussistente. Nella seconda, si risponde per fatto illecito, che può derivare anche da colpa.

90° *Dottor* R. M. — La R. M. è dovuta in rapporti allo stipendio *effettivo*, cioè detratta la riduzione del 12 %, la quale modifica il corrispettivo normale.

91° *Dottor C. D. P.* — Io ritengo che alla riduzione del 12 % sia soggetto anche lo stipendio che fu stabilito dalla G. P. A. in base all'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889. È vero che si tratta di stipendio minimo e perciò non modificabile; ma fu determinato in tempo anteriore e in condizioni economiche diverse. La riduzione del 12 % presuppone che queste condizioni generali siano modificate, e, quindi, tende ad adeguare ai nuovi valori, effettivi o presunti, le retribuzioni, gli stipendi, ecc., al fine di favorire la riduzione dei costi. Avverto che questa opinione non è senza dissensi.

92° *Dottor P. L.* — Per effetto dell'art. 1° della legge 7 agosto 1925 n. 1732, convertito nella legge 9 gennaio 1927 n. 58 e dell'art. 1° del R. D. 3 marzo 1927 n. 478, nessuna officina di prodotti terapeutici può produrre a scopo di vendita specialità medicinali senza l'autorizzazione del Ministero dell'Interno.

L'art. 15 del citato regolamento 3 marzo 1927 dispone che l'etichetta interna ed esterna della specialità medicinale deve contenere il numero di registrazione della specialità, da parte del Ministero dell'Interno. Quindi è facile accertare se la specialità è registrata e, conseguentemente, se l'istituto produttore è autorizzato.

È possibile la vendita all'ingrosso di specialità prodotte da altro istituto. Ma deve risultare il nome del produttore. Non è ammissibile che una ditta venda come proprie specialità prodotte da altro istituto: è necessario che la officina produttrice sia autorizzata e la specialità sia registrata al nome del produttore effettivo. Qualora siano messi in vendita medicinali impuri, il fatto può essere denunziato da chiunque, trattandosi di un reato.

93° *Dottor S. S.* — La partecipazione ad una Commissione di esami non è generalmente prestazione normale dell'ufficiale sanitario o del veterinario, salvo che diversamente sia disposto dal regolamento locale, il quale potrebbe farne obbligo. Ma se non c'è una disposizione speciale, si deve ritenere che l'ufficiale sanitario e il veterinario prestino opera fuori del dovere normale e quindi abbiano diritto come tutti gli altri Commissari alla retribuzione che alla Commissione è dovuta.

94° *Dottor F. L.* — Anche il medico condotto interino è obbligato a pagare il contributo al Collegio degli Orfani dei sanitari.

Il trattamento economico del medico interino è quello stabilito dalla deliberazione di nomina. Non gli è dovuta indennità di caroviveri, dato che questa non sia espressamente stabilita.

95° *Dottor F. P.* — L'art. 13 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2276 era applicabile soltanto agli effetti delle nomine dell'ufficiale sanitario dei consorzi costituiti entro il 31 dicembre 1926. Era una disposizione di carattere transitorio, la quale non ha più effetto pratico.

La nomina deve essere deliberata in base a concorso per titoli ed esami secondo le norme del citato R. D. e delle istruzioni ministeriali 6 febbraio 1926, emanate per disciplinare il procedimento del concorso. Queste istruzioni sono obbligatorie: le norme del capitolato hanno efficacia se ed in quanto non contraddicano a quelle.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito dei concorsi a Primario degli Ospedali.

Al Prof. Roberto Alessandri,
Direttore della Clinica Chirurgica
della R. Università di Roma.

Illustre e caro Collega,

Il ricordo di un suo articolo pubblicato nel luglio 1931 sul *Policlinico* (Sez. pratica, n. 28) « A proposito dei Concorsi a Primario degli Ospedali » ed il fatto recente di un caso nel quale si è verificato il gravissimo inconveniente da Lei, o già altra volta constatato, o previsto, provocato dalla prova di Medicina operatoria sul cadavere, mi inducono a segnalarle il caso stesso in tutti i più precisi particolari, perchè Ella possa eventualmente insistere nel mettere ulteriormente in evidenza ciò che fin da allora Ella aveva lamentato.

Anzitutto Le dirò che io mi associo completamente alle sue argomentazioni e giudizi espressi in quella sua nota e vengo al fatto.

Si tratta del concorso al posto di chirurgo primario in un importante Ospedale della provincia di Pavia.

Tra le prove d'esame c'era quella di Medicina operativa sul cadavere, e fu con essa che gli esami ebbero inizio.

Uno dei concorrenti — libero docente di Patologia chirurgica, di Clinica chirurgica e di Medicina operatoria, che apparteneva ad una Clinica chirurgica universitaria da 14 anni come assistente effettivo e poi come aiuto, e che tra i suoi titoli aveva anche quelli che dimostravano con una statistica operatoria la sua abilità di chirurgo operatore sul vivo, per avere già funzionato come chirurgo primario dell'Ospedale S. Matteo di Pavia nel periodo delle ferie estive quando la Clinica chirurgica veniva chiusa ed ancora in regime di Policlinico, a Clinica aperta, nel periodo stesso, in assenza del titolare — estrasse a sorte, per la prova di Medicina operatoria, il quesito « legatura dell'arteria tiroidea inferiore ».

Il cadavere, sul quale dovevasi eseguire la prova, era stato iniettato con formalina da oltre due mesi ed era quindi in istato di mummificazione. L'individuo aveva un collo corto e grosso, con una enorme tumefazione bilaterale delle regioni parotidee ed una ipertrofia notevole del lobo sinistro della tiroide, dal lato nel quale egli fu invitato dalla Commissione ad eseguire l'operazione. Il candidato non riuscì nel tempo prescritto ad individuare con sicurezza il vaso, perciò fu invitato dalla Commissione a desistere dalla ricerca.

Avendo egli avuto sentore che in seno alla Commissione era prevalso il parere di dare a quella prova una grande importanza e forse decisiva, non si presentò alle prove successive. Per la tutela — se non altro morale — dei suoi legittimi interessi, egli credette però opportuno di rivolgersi ad un competente anatomico pregandolo di voler eseguire una verifica delle condizioni anatomiche della regione nella quale egli era stato chiamato ad operare. Il collega aderiva all'invito, consigliava però di attendere che il concorso fosse espletato, nel dubbio che i membri tecnici della Commissione volessero essi medesimi procedere, di propria iniziativa, ad una verifica, il che non avvenne. Il cadavere era stato intanto conservato in frigorifero.

Espletato perciò il concorso, il collega eseguiva personalmente tale ricerca alla quale, per invito dell'interessato, si trovarono presenti altri due chiari colleghi.

Nel campo della ferita operatoria l'anatomico non potè rintracciare l'arteria: nell'intento di procedere ad una ricerca anatomica metodica di essa, si fece spazio asportando il muscolo sternocleidomastoideo, la vena giugulare profonda e la carotide primitiva; ma anche nel campo così ampliato non riuscì ad individuare il vaso nei suoi caratteri e nella sua topografia.

Supponendo una possibile anomalia reputò necessario mettere allo scoperto tutto quello che normalmente è il territorio dell'arteria tiroidea inferiore dalla sua origine alla sua terminazione. Essendo il collo dell'individuo assai corto e la tiroide ipertrofica, egli asportava allora lo sterno, resecava la clavicola, allontanava i residui del timo e recideva lo scaleno anteriore: con ciò fu messa bene in evidenza la succlavia. Solo allora fu possibile di constatare che da un corto tronco comune discretamente cospicuo si distaccavano tre rami, dei quali uno diretto verso il basso venne riconosciuto per l'arteria mammaria interna, il secondo, diretto verso l'esterno e verso l'alto, per la scapolare superiore: il terzo ramo, diretto pure verso l'alto, si divideva, poco dopo la sua origine, in altri due rami di calibro molto diverso, dei quali l'uno più cospicuo situato lateralmente fu riconosciuto per la cervicale ascendente; l'altro, situato medialmente, esilissimo, si sfioccava, appena dopo il suo distacco, in alcuni ramuscoli che si portavano a guisa di penicillo al lobo tiroideo sinistro.

Pertanto l'anatomico poteva dichiarare che questa era una tiroidea inferiore anomala e rudimentale e che non era possibile identificarla e legarla seguendo le regole della medicina operatoria, tanto più in un campo operatorio limitatissimo, non solo per le dimensioni del taglio consentite dalla metodica operatoria, ma anche per il fatto che i tessuti coartati e induriti dalla azione prolungata della formalina non permettevano quelle manovre di divaricazione e di spostamento degli organi che vengono consigliate e disciplinate dalla tecnica operatoria.

Non aggiungo commenti, che Ella ha già fatti nel suo articolo con chiarezza ed efficacia, per sostenere che la prova di Medicina operatoria sul cadavere così come ora si fa, può essere destituita di ogni valore probativo, e approvo che essa sia modificata come Ella propone; e per un posto di chirurgo primario si dovrà tenere conto della attività operatoria svolta sul vivo, con le attestazioni rigorose dell'autenticità del lavoro fatto e dei risultati.

Voglia gradire i più vivi e cordiali saluti.

Milano, 31 ottobre 1932-XI.

Dev.mo e aff.mo: IGINIO TANSINI.

* * *

La lettera del prof. I. Tansini, così chiara e particolareggiata, sul caso capitato ad un valoroso concorrente nella prova di Medicina Operatoria, viene a dimostrare in modo evidente i pericoli, a cui può dar luogo un esame sul cadavere, e l'assurdo di basare il giudizio sulla scelta di un Primario chirurgo prevalentemente o essenzialmente sopra una prova, ormai superata, e a cui si sottopongono chirurgi, che hanno dimostrato con lungo tirocinio la loro esperienza tecnica e presentano statistiche di centinaia e spesso migliaia di operazioni sul vivo.

Io ringrazio l'insigne Collega, che è uno dei più illustri e apprezzati clinici chirurgici italiani, perchè coll'autorità del suo nome e coll'esposizione precisa del caso reale occorso, suffraga una mia opinione espressa nell'articolo da lui ricordato, opinione che io pure basavo su qualche incidente capitato di fatto in prove di medicina operatoria, ma di cui nessuno raggiunge l'evidenza palmare di quello da lui riferito.

E le ringrazio sopratutto in quanto mi porge così occasione di ritornare sull'argomento, tanto più che un recente voto unanime dell'assemblea plenaria della Società Italiana di Chirurgia, a proposito di condizioni fatte dai vari Enti ospedalieri ai Chirurgi primari, fra gli altri desiderati esposti, pone espressamente quello « che siano stabilite per Legge, norme regolamentari uniche di massima per tutti gli Ospedali del Regno ».

È bene dunque che le Autorità superiori, da cui dipende lo stabilire disposizioni regolamentari in proposito vengano completamente illuminate, perchè si addivenga a modalità di concorsi, che diano il maggior affidamento che la scelta cada sugli elementi migliori, togliendo tutto ciò che può invece lasciare al caso o a non sereno e competente criterio della Commissione il giudizio finale.

All'articolo che io scrissi per la Sezione Pratica del « Policlinico » più di un anno fa, io ebbi numerosi consensi verbali di colleghi più o meno autorevoli, pochi però pubblicati in giornali o riviste, nessuno contrario.

Il prof. Tansini colla sua lettera e colla esposizione al pubblico del caso veramente tipico e direi scandaloso occorso ad uno dei concorrenti, ripropone alla discussione l'argomento.

Ed io voglio quindi riassumere le osservazioni e le proposte che allora feci, nell'intento di promuovere su di esse il parere di quanti — e sono molti — sono interessati nella questione, che non è solo di importanza personale per quei chirurghi, che concorrono a posti di Primario, ma di capitale interesse per gli Enti ospedalieri stessi, per i malati e quindi per il pubblico tutto, e per l'onore e la dignità della Nazione.

Affermato il principio, che ottimo procedimento col quale si possono vagliare gli elementi migliori, è quello del concorso per esame, io aggiunsi che era necessario dare innanzi tutto un valore preminente ai titoli, non tanto scientifici, o accademici, o di pubblicazioni, quanto di carriera e di dimostrazione di tirocinio operatorio con esatte indicazioni; e potere così anzitutto fare una prima scelta di elementi, tutti fondamentalmente idonei, fra i quali le prove di esame dovessero stabilire la graduatoria.

Per questo giudizio e per le consecutive prove di esame è necessario, anzitutto, che la Commissione sia tale da poter dare sicuro affidamento di competenza tecnica e di serena valutazione. Non vi possono essere elementi estranei; il presidente della Commissione può anche essere, se lo si crede opportuno, non medico, rappresentante dell'Ente o dell'Autorità amministratrice, ma la sua opera deve allora limitarsi a garantire l'osservanza delle disposizioni regolamentari e la forma del giudizio; ma questo dal lato tecnico deve essere lasciato unicamente ai membri, che possono esprimerlo con coscienza per le loro cognizioni speciali.

Fra questi componenti non deve mancare mai l'esponente dell'alta cultura universitaria, di regola il clinico ordinario della branca medico-chirurgica a concorso, che dà garanzia assoluta di competenza e di serenità di giudizio.

Le prove di esame devono consistere essenzialmente in prova di cultura, in prove cliniche e se si vuol conservare una prova anche di tecnica operatoria questa sia precisata sostanzialmente nel saggiare le conoscenze del candidato sul valore dei vari metodi e processi operatori e sulle indicazioni per una data affezione e solo in linea secondaria sopra una prova tecnica sul cadavere.

Sono persuaso che su queste direttive i giudizi sarebbero ben più fondati ed esatti, e la scelta assai più rispondente al vero merito dei candidati.

Sarò assai lieto se all'autorevole consenso di un chirurgo del valore di Iginio Tansini, si uniranno altri Colleghi, Clinici universitari e Primari ospedalieri, e sarò lieto egualmente se si avrà anche qualche dissenso. Purchè espresse in buona fede e nell'intento di migliorare le condizioni della scelta dei nostri giovani primari, tutte le opinioni hanno valore.

Chi mi conosce, sa che non ho mai preteso alla infallibilità, e può darsi che ad argomenti seri,

anche se dissenzienti, io stesso aderisca modificando idee troppo recise.

L'essenziale è di agire, ed è perciò che io mi auguro che altri Colleghi si uniscano a me e al prof. Tansini per esprimere la loro opinione, e da una discussione serena e leale possano uscire delle proposte concrete da sottoporre poi coll'appoggio delle gerarchie sanitarie e universitarie alle Autorità superiori per i provvedimenti opportuni.

R. ALESSANDRI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACERENZA (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; L. 5280 già ridotte del 12 %, 6 quadrienni dodicesimo, età lim. 40 a.; tassa L. 50.

AQUILA. *Consorzio Prov. Antitub.* — Scad. 31 dic., ore 12; direttore del Consorzio, compresa direzione Dispens. Antitub. di Aquila; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 31 ott.; tassa L. 50,10; stip. L. 14.000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; indennità di trasferta e diarie. Chiedere annunzio.

BRESCIA. *Comune.* — Scad. 31 dic.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san. c.-v.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Scad. 15 gen.; aiuto Riparto chirurgia, id. Riparto oculistica, id. Istituto di anatomia e biologia patologica; L. 5500; 10 % onorari per i primi due posti; 20 % per il terzo posto, oltre L. 5000 indenn. c.-v.; età massima a. 35; tassa L. 50; doc. non anter. al 30 giu. Chiedere annunzio.

BUSTO GAROLFO (*Milano*). — Scad. 31 dic.; lire 9000, con 5 quadrienni dec. oltre L. 500 bicicletta; riduz. 12 %; L. 1144 se uff. san.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

CAPUA (*Napoli*). — Scad. 22 dic.; pel Capoluogo e per S. Angelo in Fornis; L. 9500 ciasc. e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CASTEL S. PIETRO (*Bologna*). — Scad. 31 dic.; per Varignana; rivolgersi Segret. com.

FABRIANO (*Ancona*). *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di medico primario; stipendio iniziale L. 10.000, aumentabile di 10 bienni di 1/20 ciascuno; indennità per consulti a malati poveri fuori del Nosocomio L. 2000; 70 % sugli onorari per cura abbienti in ospedale; 50 % provento ambulatorio medico; 40 % incassi laboratorio chimico. Ritenute legge. Seguirà la nomina retribuita a direttore dell'ospedale. Documenti di rito: libera docenza in clinica o patologia medica o certificato di essere stato aiuto o assistente effettivo per almeno quattro anni in Clinica medico-universitaria o di un reparto medico di ospedale di almeno 300 letti. Pratica di laboratorio e di radiologia. Scadenza del concorso 31 gennaio 1933. Informazioni presso la Segreteria della Congregazione di Carità.

FIUME. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi del Carnaro. Stipendio iniziale lordo annuo lire 14.000. Quattro aumenti quadriennali del decimo. Supplemento di servizio attivo L. 2000; caro-viveri come al personale dell'Amministrazione. Premi di operosità su analisi di interesse privato. Età dai 21 ai 35 anni, salvo eccezioni di legge. Scadenza ore dodici del 31 gennaio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione provinciale.

MARA (*Sassari*). — Proroga a tutto 31 dic.; v. fasc. 38.

NOALE (*Venezia*). — Scad. 15 gen.; rivolgersi Segreteria.

PASSIGNANO SUL TRASIMENO (*Perugia*). — Scad. 31 dic.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 4000 cavalc.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PIGLIO (*Frosinone*). — Scad. 31 dic.; L. 10.000 oltre indenn. uff. san. e c.-v.; età lim. 40 a.

PIOMBINO (*Livorno*). — Da oggi e sino a tutto il 31 gennaio 1933 è aperto il concorso per titoli per il conferimento del posto di Medico chirurgo della quinta condotta, a cura residenziale del Comune di Piombino. (Per le condizioni vedere precedente N. 49).

PORDENONE (*Udine*). — Al 10 genn.; 2° reparto: L. 13.182 complessive lorde e 6 aumenti del decimo; tassa L. 50.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine di scadenza del concorso bandito con avviso del 28 settembre 1932 per i posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi è stato prorogato fino alle ore diciotto del giorno 30 dicembre 1932-XI.

ROMA. *Opera nazionale per la produzione ed assistenza degli invalidi della guerra.* — Scad. 31 dic.; direttore sanitario amministrativo del Sanatorio Vittorio Emanuele III in Aspromonte; titoli; stip. L. 23.000, aumentabili di 5 decimi in 19 anni fino a L. 34.500, oltre a L. 7.000 di servizio attivo, aggiunta di famiglia. Le retribuzioni sono decurtate del 12 %. Vitto e alloggio nel Sanatorio. Domanda in carta da L. 5 indirizzata alle Sede Centrale (Roma, Piazza Adriana, Casa Madre del Mutilato). Età massima 50 a. Scad a 3 mesi dal 20 nov. Chiedere annunzio.

S. LORENZO IN PRESTERIA (*Bolzano*). — Scad. 31 dic.; consorzio; L. 7500 e 5 quadrienni dec., c.-v. L. 1200, L. 3600 cavalc. o automob., L. 750 uff. san., alloggio in natura o indenn. di L. 2200; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Conoscenza lingua italiana.

TORRICELLA DEL PIZZO (*Cremona*). — Scad. 20 dic.: L. 11.500 residenza, addizion. L. 2,50 per ogni povero oltre il primo migliaio e fino a 2000, trasp. L. 1500, uff. san. L. 1000; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

TREVI (*Perugia*). — Al 15 gen., ore 19; 2ª condotta; L. 9000 e 5 sessenni dec., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp., L. 2100 serv. att.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 nov.; tassa L. 50,10.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 12.500. Indennità serv. att. L. 3000 più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Sei aumenti periodici del decimo. Riduzione 12 %. Divieto di libero esercizio professionale. Tassa concorso L. 50. Scadenza ore diciotto del 15 gennaio 1933.

VICENZA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 14 gen.; medico primario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di San Felice in Vicenza; L. 11.000 oltre lire 2000 serv. att. Chiarimenti dalla Segreteria.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania.

Inaugurazione dell'anno Accademico.

Il giorno 26 nov. si è svolta la cerimonia inaugurale del nuovo anno accademico. Dopo la relazione del Magnifico Rettore prof. Muscatello ha preso la parola il prof. Di Guglielmo, direttore della R. Clinica Medica, trattando della « Crisi della medicina nel quadro della cultura contemporanea ».

L'illustre clinico ha accennato come nei paesi di lingua tedesca si parli di una grave crisi spirituale della medicina, e come con insistenza si auspichino nuovi orientamenti diversi da quelli errati del secolo scorso.

Le accuse che si muovono all'indirizzo scientifico della medicina del secolo scorso sono le seguenti: concezione meccanicista, causale, localistica, metodo eccessivamente analitico, scarsezza di risultati terapeutici pratici.

L'O. ha dimostrato essere infondate tali accuse ed ha concluso affermando che la medicina non attraversa una fase di crisi spirituale e che non deve essere abbandonato l'indirizzo scientifico che ha fatto attingere agli studi medici notevoli altezze al di sopra della quota bassissima della medicina dei tempi passati.

La dotta orazione è stata applaudita calorosamente. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Le giornate mediche di Bruxelles nel 1933.

Fin da ora è assicurato un successo considerevole a questa manifestazione. Il programma scientifico riguarderà, per la massima parte, la sifilide nei suoi rapporti con i vari rami della medicina. Ai lavori parteciperanno studiosi dei Paesi amici. La seduta inaugurale, il 24 giugno, verrà chiusa da una conferenza del prof. Saroléa, che da molti anni insegna letteratura francese all'Università di Edimburgo. La 5ª giornata, 28 giugno, sarà destinata ad un'escursione in Ostenda.

Il programma definitivo è in via di elaborazione.

3ª Assemblea nazionale della medicina francese.

La nuova organizzazione intitolata « Assises nationales de la médecine française » ha incontrato rapidamente il favore dei medici pratici. Essa indice delle riunioni regionali, in cui viene discusso un tema d'attualità prestabilito; poi le conclusioni vengono portate ad una sessione nazionale, che si tiene all'« Hôtel-Dieu » di Parigi, nell'anfiteatro Trousseau. La prima volta si discusse il tema delle tubercolosi locali; la seconda furono prese in esame le cure del cancro. Ora è stato affrontato lo studio dell'alcoolismo.

L'assemblea generale, affollatissima, si è tenuta il 6 novembre. La discussione ha portato alla conclusione generale che le bevande fermentate — vino, birra e sidro — non sono quasi mai nocive, purchè genuine e purchè il tenore d'alcool non sia elevato; i fatti patologici sono eminentemente legati, invece, al consumo di distillati e liquori.

Nuovo laboratorio alla Facoltà di farmacia di Parigi.

Ha per scopo lo studio della biologia vegetale. Hanno contribuito alla fondazione di esso le grandi Case di specialità terapeutiche e di prodotti chimici e molti antichi allievi; una sottoscrizione ha reso 600.000 franchi. Il Governo ha dato pure un ingente contributo.

All'inaugurazione — cui intervenne il ministro dell'educazione nazionale — il direttore del Laboratorio, prof. Perrot, mise in rilievo la ripresa attuale della fitoterapia e l'utilità di un incremento razionale della cultura delle piante medicinali: ciò presuppone la conoscenza della loro biologia. Informò che la Francia importa, ogni anno, 1140 tonnellate di rose, 234 di fiori di tiglio, 3 di belladonna, ecc., ecc.: sono prodotti di piante che crescono in Francia.

La Casa "Imperatrice Augusta Vittoria" in Berlino.

È un'istituzione fondata dal Governo tedesco centrale allo scopo di organizzare, nel modo più perfetto possibile, l'assistenza all'infanzia; comprende un ricovero per bambini, un pedocomio, un centro di consultazioni per madri, un dispensario, un asilo diurno per lattanti, ecc. Provvede all'insegnamento delle infermiere per l'infanzia. È anche attrezzata per ricerche scientifiche, ed a tale scopo è fornita di importanti laboratori e di una ricca biblioteca.

Essa è valsa di modello a numerose istituzioni similari, sorte in tutta la Germania, pubbliche e private, alle quali ha fornito, con liberalità, direttive e presidî.

Si crede che la Casa « Imperatrice Augusta Vittoria », diretta dal prof. Langstein, abbia avuto molta parte nel far abbassare la mortalità infantile in Germania da oltre 200 ogni 1000 nati a meno di 80. Ora però, a causa della crisi economica, sono venute a mancarle molte risorse: per es. il Governo prussiano si è trovato nella necessità di sopprimere il proprio sussidio. Proprio in questo momento l'attività dell'istituzione dovrebbe intensificarsi e le richieste di assistenza divengono più pressanti e numerose.

In parte si è potuto rimediare organizzando delle feste di beneficenza, col concorso della « Commissione federale per la propaganda igienica »: l'esito ne è stato molto favorevole, anche a motivo delle larghe simpatie di cui la Casa gode in tutti i ceti di popolazione di tutta la Germania.

La Casa dei medici a Praga.

Venne fondata nel 1930, mediante l'azione concorde delle organizzazioni mediche della Czecoslovacchia; vi hanno sede gli uffici di segreteria di queste società, gli uffici redazionali di numerosi periodici di medicina, una biblioteca, una libreria per la vendita di libri e per abbonamenti ai periodici, ecc.

Nel 1931 venne deciso di organizzare, nella casa dei medici, una « Scuola di educazione popolare di sanità ». Dalla prima relazione della scuola, ora pubblicata, risulta il grande successo di tale nuova iniziativa. Furono dati 5 corsi: sulle malattie veneree; sui reumatismi; sul cancro; sulle cure prenatali e per l'infanzia; sull'educazione fisica e la balneologia (quest'ultimo corso sotto gli auspicî del Ministero della sanità pubblica e dell'educazione fisica). I primi due corsi furono divisi in più sezioni (per es. quello relativo alle malattie veneree in 5 sezioni: per maestri, per genitori, per adolescenti, per militari, per operai). Ai corsi erano unite delle mostre. Si calcola che essi siano stati frequentati da 20.000 persone; il suc-

cesso viene attribuito alla rinomanza degli insegnanti (la conferenza inaugurale fu fatta dal decano della Facoltà medica ceca), alla situazione centrale dell'istituzione e all'interesse destato dagli argomenti trattati.

Istituto elioterapico sulla Riviera Ligure.

Il sottosegretario di Stato alle Comunicazioni, on. Lojacono, in rappresentanza del Governo, ha inaugurato l'Istituto elioterapico di Cipressa (San Remo), costruito dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. L'Istituto — il primo del genere — è capace di 200 letti; è costato 4 milioni di lire. Alla cerimonia assistevano il direttore generale della Cassa, gr. uff. Meldoleghi, e le autorità locali.

L'on. Lojacono si è poi recato a visitare i lavori dell'Ospedale sanatoriale che sorge ad iniziativa della Cassa predetta, su di un terreno donato dall'Amministrazione provinciale di San Remo; l'opera, che importerà la spesa di circa 10 milioni di lire, verrà inaugurata il 28 ottobre 1933.

Nuovo Istituto oncologico al Giappone.

È stato fondato a Tokio, presso la Facoltà medica dell'Università imperiale; comprende un laboratorio ed un ospedale; la direzione ne è affidata al dott. Nagayo, dell'Università.

Istituto d'igiene sociale al Madagascar.

Il Governatore del Madagascar, generale Cayla, ha decretato la fondazione nella capitale, Tananariva, di un istituto d'igiene sociale, che accentrerà i dispensari antivenerei e antimalarici già organizzati nella colonia e tre nuove unità: un dispensario antitubercolare, uno antilebbroso ed uno d'igiene generale e sociale. In questi dispensari si eseguono visite e cure e s'indirizzano i pazienti agli ospedali; vi si compiono anche ricerche originali. Il dispensario d'igiene provvede, inoltre, all'insegnamento dell'igiene per gli studenti di medicina, per le allieve levatrici, per le infermiere, per le visitatrici e per gli agenti d'igiene; è pure incaricato della propaganda, per mezzo di cinematografie, opuscoli, conferenze, ecc.

Donazione di radium ad un ospedale belga.

Il 22 novembre ebbe luogo l'inaugurazione di un nuovo centro terapeutico nell'ospedale Brubmann di Bruxelles; la cerimonia fu presieduta dal ministro Franqui.

Nell'occasione, una ditta dell'Alto Catanga (Congo belga) ha messo a disposizione del centro predetto 15 grammi di radium: è questa la maggiore dotazione attuale di radium.

La Fondazione Milbank.

Durante il 1931 questa Fondazione, che ha sede in New York, ha speso circa 15 milioni di lire it. per scopi filantropici. Una buona parte di tale somma è stata consumata per scopi medici; segnaliamo la spesa di circa 3 milioni di lire it. per dimostrazioni d'igiene a New York; quella di circa mezzo milione per dimostrazioni d'igiene rurale a Tien Tsin (Cina); altrettanto alla Fondazione Trudeau per lo studio della tubercolosi; circa 1 milione alla « Commissione sulla difterite » di New York (ora è stata sciolta), ecc.

Il prof. Castellani all'Istituto Ross di Londra.

Il sen. Aldo Castellani è stato nominato direttore dell'Istituto Ross per le malattie tropicali, già diretto dal compianto Ross. Il sen. Castellani, che è stato fatto Sir dal Re d'Inghilterra nel 1928 e che è la più alta e indiscussa autorità nel campo della medicina coloniale — una delle scienze mediche meno note e più difficili — è da vari anni direttore dell'Istituto di medicina tropicale ed è insegnante nell'Università di Roma ed in quella di Londra. Egli ha fatto fra l'altro delle scoperte importantissime sulla malattia del sonno, localizzando il terribile parassita che viene comunicato dalla mosca tse-tse e che fa stragi nell'Africa centrale. Il prof. Castellani ha scoperto anche l'agente della framboesia tropica, « Spirochaeta pertenuis », l'eziologia della spirochetosi broncopolmonare e di molte malattie micosiche. A lui si deve la prova dell'assorbimento delle agglutinine.

Al Castellani va pure accreditata la preparazione di vaccini misti — tifo, paratifo e colera — adoperati con grande successo durante la guerra.

Durante la guerra il senatore Castellani ha prestato servizio nella Marina italiana e ha dedicato molta attività anche agli Alleati.

Egli fa onore al nome italiano.

Per il medico provinciale di Torino.

In occasione della seduta del Consiglio Provinciale Sanitario, tenutasi il 26 novembre a Torino, il vice-prefetto comm. Marongiu e i proff. Micheli, Maggiora e Cramarossa indirizzarono brevi parole di rincrescimento per l'andata a riposo del medico provinciale dott. comm. Giuseppe Sacchi, elogiandone la lunga e laboriosa attività, svolta prima in altre importanti sedi e da 20 anni nella provincia di Torino.

Con espressione commossa, il salutato ringraziò i presenti della cordiale manifestazione di simpatia, rivolgendo un particolare saluto ai medici condotti ed agli ufficiali sanitari della Provincia e bene augurando al dott. Garofani, destinato dal Ministero a succedergli.

Il ministro francese della sanità nel Belgio.

Il ministro della sanità pubblica della Francia, J. Godart, si è recato nel Belgio per presenziare la posa della prima pietra di un nuovo padiglione dell'Ospedale francese Regina Elisabetta a Bruxelles. Ha visitato anche i servizi centrali della Croce Rossa Belga e il Centro neurologico.

Nell'occasione, il dott. L. Laruelle ha tenuto, nel Palazzo dell'Accademia, una conferenza sul tema: « Il compito della neurologia nella medicina sociale ».

In memoria del prof. P. Teissier.

Un gruppo di amici ed allievi del prof. Pierre Teissier, adunatosi a Parigi sotto la presidenza del ministro della sanità pubblica Godart, del rettore dell'Università Charletty, del decano della Facoltà medica Balthazard e del direttore generale dell'assistenza pubblica Mourier, ha deciso, per onorare la memoria del compianto Maestro, di far eseguire un medaglione da offrire all'Ospedale Claude Bernard.

Le sottoscrizioni vanno indirizzate al tesoriere, Georges Masson editore, boulevard Saint-Germain

n. 120, Paris (6e). Ogni sottoscrizione di 100 franchi darà diritto ad una riproduzione del medaglione.

Nella stampa sanitaria.

La stampa medica uruguayana, che ha già belle tradizioni ed è ad un livello molto elevato, si arricchisce ora di un nuovo periodico: gli « Archivos Uraguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades », organo ufficiale della Federazione delle Società medico-scientifiche dell'Uruguay; il primo fascicolo, denso di materiale, in bella carta, nitidamente stampato, contiene cinque memorie originali, i resoconti delle società federate ed una copiosa rubrica di recensioni, limitate però esclusivamente a lavori pubblicati nell'America meridionale.

La redazione ha sede presso la « Federación de la Sociedades Mèdico-Cientificas del Uruguay », Casa de los Médicos, 18 de Julio 1056, Montevideo; per quanto riguarda l'amministrazione, rivolgersi alla: Librería A. Monteverde y Cía, 25 de Mayo 499, Montevideo.

Al confratello non mancherà un magnifico avvenire.

Corsi complementari.

La Federazione Nazionale dei medici sportivi ha stabilito di far svolgere dei corsi di medicina sportiva presso le principali Università del Regno; in qualche Università il corso è iniziato. La Federazione conta ora 1200 iscritti, dei quali 441 addetti a Società sportive.

Il Comitato provinciale milanese dell'O. N. B., d'accordo con la Facoltà di medicina, ha organizzato un corso d'aggiornamento per medici che prestano servizio presso l'Opera suddetta; il corso, inaugurato il 6 dicembre, consta di 10 conferenze e un rapporto dei medici.

Il Preside della Provincia di Milano, gr. uff. Jenner Mataloni, accogliendo una proposta del prof. L. Devoto, ha istituito un corso pratico per signorine e giovani madri sull'igiene e sull'assistenza del neonato; il corso, diretto dal prof. Brusa, si è iniziato il 6 dicembre e avrà la durata di tre mesi.

Convegno biofotografico.

La « Biologial Photographic Association » degli Stati Uniti si è adunata a Yale il 21 ottobre; il decano della Scuola medica dell'Università, M. Winternitz, tenne il discorso introduttivo; R. P. Loveland, di Rochester, trattò della « mobilità dei batteri » e corredò la relazione d'interessanti cinematografie. Alla presidenza fu rieletto P. Creer, dell'Università di Yale.

Lotterie per gli ospedali in Inghilterra.

Abbiamo già fatto conoscere il problema. Il direttore del Casino di Monte Carlo, sig. René Léon, si è recato a Londra per avanzare delle proposte concrete alla «British Hospitals Association». La prima lotteria verrebbe lanciata nella primavera del 1933, per corse di cavalli di razza inglese.

In primo tempo l'Associazione era contraria; considerando, però, la grave situazione degli ospedali, si è dichiarata disposta ad accettare del denaro, a condizione di non avere alcuna parte nel promuovere e nell'organizzare le lotterie. Vi sono alcuni ospedali dissidenti; così il direttore amministrativo del « Guy's Hospital » di Londra ha dichiarato che, fino a quando le lotterie saranno illegali nell'Inghilterra, è desiderabile che il detto ospedale non abbia rapporti con esse nè con qualsiasi forma di pubblicità o propaganda o con la vendita dei biglietti riguardanti le lotterie.

Nuove forme di pratica medica negli Stati Uniti.

L'Associazione Medica Americana va conducendo un'inchiesta sulle nuove forme di esercizio professionale che vanno determinandosi negli Stati Uniti. I risultati sono consegnati nell'importante periodico dell'associazione. Eccone un esempio: la « Columbia Casualty Company (New York, Park avenue 1), costituita con un capitale di oltre 20 milioni di lire it., assicura ai soci 4 gradi di assistenza medica, su pagamenti di premi che variano da 3 a 10 dollari il mese. Risulta che, degli introiti, il 12,5 % è stato speso per cure ospedaliere, il 45 % è stato corrisposto direttamente ai medici e il 42,5 % rappresenta le spese di amministrazione ed i profitti; si rileva come una buona parte degli introiti sia deviata dai medici e vada ai promotori.

Non si tratta di assistenza mutua, in cui tutti gli introiti vanno a benefizio dei mutualisti e le spese di amministrazione sono ridotte al minimo. Si tratta, invece, di una intrapresa commerciale, che vende i servizi medici, come venderebbe della merce e cerca di elevare al massimo il rendimento del capitale impiegato.

Contrabbando di stupefacenti.

È stato scoperto a Palermo, sul piroscafo « Livenza », un contrabbando di morfina, contenuta nel doppio fondo di bidoni d'olio; il carico era diretto in America.

Le autorità doganali di New York, hanno sequestrato sul piroscafo « Stuttgart », della compagnia « Norddeutscher Lloyd », giunto da poche ore, un carico di morfina del valore di circa un milione di lire it.

Esercizio abusivo.

A Trani è stato denunziato, per vendita abusiva di rimedi, certo Carmelo Cavallo, nella cui abitazione sono stati sequestrati prodotti curativi ciarlataneschi.

A Trani è stata arrestata certa Lea Ferraguzzo, per esercizio abusivo della professione d'infermiera.

Vittime della scienza e della professione.

È morto di un'infezione tubercolare acuta, contratta nell'eseguire delle ricerche sulla tubercolosi, il prof. Hans Much, il cui nome è legato alla scoperta di una fase del virus tubercolare, i « granuli di Much ».

* * *

È morto, in età di 60 anni, il dott. S. Ueno, direttore dell'Associazione Medica Giapponese, in seguito a setticemia sviluppatasi per una ferita riportata mentre eseguiva un'operazione chirurgica. La ferita venne prodotta da una scheggia ossea del paziente, il quale si mosse durante l'operazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rif. Med., 16 lug. — C. TRUNECEK e G. LEPICOWSKY. Pulsaz. visibile dell'orecchietta sinistra. — S. MAUGERI. Ossalemia fisiologica.

Journal A. M. A., 9 lug. — C. F. BROWN. Terapia con mucina. — R. W. LAUSON e R. THOMAS. Effetti dell'acido acetilsalicilico. — H. H. RIECKER e A. C. CURTIS. Cachessia ipofisaria.

Presse Méd., 27 lug. — N. FIESSINGER. La carenza in cellulosa. — L. DELCREZ e G. LAMBERT. Vaccinaz. alla porta d'ingresso (met. Basset-Poincloux).

Rif. Med., 23 lug. — L. VERNETTI BLINA. Poliartrite acuta primaria e bacillemia tbc. secondo Löwenstein.

Accad. Med., 15 lug. — M. CAPOCACCIA e A. VALLEBONA. Epatosplenografia nelle ricerche radiobiologiche. — F. P. BERRETTA. La tbc. polm. nei vecchi.

Bull. Acad. Méd., 19 lug. — BORDIER. La prova diatermica per il riconoscim. della morte. — LÉNORMANT. La toracectomia precordiale nelle cardiopatie.

Am. Journ. Obst. Gyn., lug. — STANDER e CADDEN. L'efficienza cardiaca nelle gravide. — EASTMAN. Le presentazioni trasverse. — YASKIN e ANDRUSSIER. Siringomielia complicante la gravidanza.

Minerva Med., 28 lug. — FULCHIERO e PENATI. La pressione media dinamica.

Med. del Lavoro, lug. — A. SEGA. Diabete traumatico. — CAPELLI. Patologia gastrica di origine professionale.

Forze Sanitarie, 30 giu. — RONZINI. Natura tub. delle fistole ano-rettali. — ZANOLI. Come si cura l'ascesso tub.

Journ. Méd. Paris, 28 lug. — COMBY. Zona e varicella. — FOUVEAU DE COURMELLES. Il certificato prenuziale.

Journ. Prat., 30 lug. — LIÈGE. Indicazioni e tecnica della trasfusione sang. sul bamb.

Scalpel, 30 lug. — GOVAERTS. I tumori carcinoidi del tenue. — WALTER. La terapia idrominerale nelle affezioni della cistifellea.

Paris Méd., 30 lug. — CORYOPHILLIS. Il cloruro di sodio nella terapia del tifo. — MULLER e QUENÉC. Le sequele tetaniche di origine sierica.

Presse Méd., 30 lug. — LANGERON ed altri. Ittero prebismutico. — CLAVEL e MELNOTTE. Valore semeiologico dell'enterorragia nell'infarto intestinale. — ALBERT WEIL. I processi patogenetici della tub. e deduzioni terap.

Journal A. M. A., 16 lug. — J. S. MCLESTER. La dieta nel morbo di Wright. — C. A. DOAN. Lo stato neutropenico.

Malad. d. Foie, Pancréas, Rate, lug.-ag. — GOIFFON. Il valore del coefficiente di Maillard. Lo stato nervoso degli epatici.

Rev. Méd. Suisse Romande, 25 lug. — NICOD. Trattam. delle lussazioni dell'anca. — RÉGARD. Un batteriofago del bac. di Koch.

Deut. Med. Wochens., 29 lug. — GRAFF. Il sintomo reuma e il reumatismo infettivo come mal. autonoma. — BOHNE. La patogenesi dell'emorragia cerebrale compatta. — HALLE. Rapporti fra tonsille e tiroide.

Gazz. Osp. e Clin., 24 lug. — HANAU. Reumatismo tub.

Rev. Med. Barcelona, giu. — PI SUÑER BAYO. Il metabolismo intermedio dei carboidrati. — SURÓS Y FORNS. L'iperglicemia postinsulinica.

Edinburgh Med. Journ., ag. — Num. dedicato al centenario di W. Scott.

Practitioner, ag. — HUNTER. Il gozzo tossico, dal punto di vista chirurgico. — TODD. Id. dal punto di vista medico. — GWYNNE MAITLAND. Il mal di mare.

Lancet, 30 lug. — THOMSON. La cefalea intermittente. — MC COWAN e NORTHCOTE. La solfoterapia delle psicosi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 19 Dicembre 1932 - XI Num. 51

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

L'insulinoterapia nella pratica

per il dott. C. TOSCANO.

(RIVISTA CRITICA).

Chi abbia una qualche pratica di diabete e di diabetici non può non avere osservato come ancora oggi siano diffusi, non soltanto fra gli ammalati, ma anche fra i medici, errori e pregiudizi sulle indicazioni della terapia insulinica, sui risultati e sui pericoli della terapia stessa, conseguenza dei quali è che molti diabetici, anche gravi, non fanno la cura insulinica, mentre in molti altri la terapia viene condotta in modo assolutamente irrazionale e quindi inefficace. Danno quest'ultimo ancora maggiore del primo, poichè concorre ad alimentare sfiducia e diffidenza negli ammalati contro un rimedio sotto ogni riguardo prezioso. Non sarà, credo, inutile riepilogare le malefatte e le insufficienze di cui si fa colpa all'insulina, per discuterle brevemente.

Un punto è innanzi tutto da stabilire. L'osservazione clinica, confermando le basi teoriche su cui poggia la terapia insulinica, dimostra che l'insulina, se è necessaria, indispensabile nei casi gravi di diabete, è utile a tutti i diabetici. Se nei casi leggeri o di media gravità è possibile, con la sola regolazione della dieta, sopprimere la glicosuria e abbassare la glicemia, i vantaggi che dalla sola terapia dietetica si ottengono non sono paragonabili a quelli che una ben condotta cura insulinica può dare. Vantaggi che riguardano lo stato generale di nutrizione, che migliora nettamente e visibilmente, la scomparsa di tutti i disturbi accessori, il miglioramento netto delle possibilità lavorative, il ritorno della libido in quegli infermi che l'avevano perduta, la ricomparsa delle mestruazioni in ammalate anche da anni amenorroiche, la possibilità di condurre felicemente al suo esito la gravidanza. Su questi ultimi punti il Faelli ha opportunamente richiamato l'attenzione, mettendone in evidenza l'importanza dal punto di vista demografico.

Purtroppo, ostacoli di natura economica impediscono in molti casi che una terapia insulinica sia condotta o che sia condotta con dosi di insulina sufficienti; è questa una dolorosa

realtà che spesso disarma il medico. In molti casi però non sono in causa ragioni economiche. Gli ammalati sono restii a sottomettersi alla cura insulinica e trovano, molto di rado per fortuna, un alleato in qualche medico misoneista che sconsiglia la cura considerandola, nel caso in ispecie, *inutile e pericolosa.*

La cura insulinica nei diabetici non è mai inutile. Forse tale potrebbe essere considerata nel diabete lieve degli obesi grandi mangiatori, nei quali è sopratutto necessario ottenere una riduzione della alimentazione idrocarbonata. Ma non bisogna dimenticare che l'insulina non è soltanto un ormone che assicura la buona utilizzazione degli idrati di carbonio. Se così fosse, noi non sapremmo spiegarci i buoni risultati che dall'uso dell'insulina sono stati osservati, per esempio, nella cura dell'ulcera gastrica o del morbo di Flaiani-Basedow e delle piaghe torpide, dove non è in causa un turbamento nel ricambio delle sostanze idrocarbonate. Il deficit funzionale pancreatico, per le complesse correlazioni ormonali che fra loro legano le ghiandole a secrezione interna, turba l'equilibrio neuro-endocrino dell'organismo diabetico, equilibrio che una terapia razionale, nella quale abbia il primo posto l'insulina, può ristabilire. Ma c'è anche una ragione pratica che consiglia l'uso dell'insulina anche nei diabetici grassi ed è che tali malati, sottoposti alla sola terapia dietetica, presto l'abbandonano illudendosi, per la facile scomparsa della glicosuria, d'essere guariti. È più facile ottenere dal diabetico il rispetto della dieta prescritta, quando contemporaneamente sia trattato con l'insulina, come è più facile così ottenere che non s'illuda d'essere guarito appena migliorato, in quanto sarà agevole convincerlo che i buoni risultati sono dovuti all'uso continuato dell'insulina e scompaiono con l'interruzione della cura.

Passando a considerare i temuti rischi della cura insulinica, è curioso osservare come fra il grande pubblico sia diffusa la paura per i pericoli della terapia insulinica molto più che la nozione della sua grande efficacia. A ciò contribuiscono, io credo, e non poco, le istruzioni per l'uso del preparato che accompagnano le fiale, istruzioni nelle quali sono scrupolosamente elencati i vari disturbi ipoglicemici nella lodevole intenzione di mettere in guardia l'ammalato contro i rischi delle dosi eccessive, ma con il risultato, nel più dei casi, di mettere in allarme gli infermi già, come ho detto, in genere mal disposti a subire la cura.

Ingiustificabile però è la paura esagerata che qualche medico ha dei pericoli della cura insulinica. È strano che mentre, per esempio, nessun medico esiterebbe ad istituire una cura endovenosa di neosalvarsan, pur non ignorando i rischi, anche notevoli, cui qualche rara volta tale terapia può esporre l'ammalato, tanto si teme invece l'ipoglicemia insulinica, danno la cui gravità è stata esagerata, danno evitabile e comunque facilmente riparabile. Non è senza significato il fatto che i soli a non aver paura dell'insulina siano gli ammalati che da molto tempo ne fanno uso.

L'insulina è veramente un rimedio pericoloso? Marcel Labbé in un articolo pubblicato in *Presse Médicale* (n. 73, 1930) afferma che gli accidenti ipoglicemici sono più impressionanti che pericolosi e possono essere facilmente evitati o combattuti. E tale non può non essere l'opinione di chiunque abbia anche una modesta esperienza di terapia insulinica. Naturalmente sempre che l'insulina sia usata *cum granu salis*, come è il caso del resto di qualunque terapia, con quel minimo cioè di accorgimenti indispensabili perchè la dose non risulti eccessiva, saggiando innanzi tutto la sensibilità del soggetto al rimedio.

Esistono senza dubbio dei soggetti estremamente sensibili all'insulina, tanto da presentare gravi disturbi per dosi anche molto piccole, ma tali soggetti non si ritroveranno mai fra i diabetici. Si tratta di individui iperinsulinemici o ipoadrenalinemici, condizioni queste che non si ritrovano nei diabetici. Fra questi esiste sì un grado di sensibilità all'insulina diverso da caso a caso, grado che bisognerà saggiare iniziando la cura sempre con piccole dosi, ma, ove ipersensibilità esista, si tratterà sempre di ipersensibilità relativa, per la quale in un soggetto con una iperglicemia a digiuno X e tenuto ad una dieta contenente una data quantità di idrati di carbonio, per portare la glicemia a un grado minore, occorrerà una dose di insulina più piccola che in un altro soggetto iperglicemico di ugual grado e tenuto alla stessa dieta.

All'infuori dei casi di particolare sensibilità all'insulina, che come ho già detto non si ritrovano mai fra i diabetici, perchè i disturbi ipoglicemici possano veramente essere pericolosi occorrono forti dosi di insulina quali si prescrivono solo ai diabetici gravi, nei quali la forte iperglicemia assicura un margine di sicurezza sufficiente contro ogni rischio. Basterà del resto far seguire ad ogni iniezione di insulina un pasto contenente una quantità determinata di idrati di carbonio per evitare ogni disturbo.

Accanto agli accidenti ipoglicemici, nel corso del trattamento insulinico si possono presentare delle reazioni locali e generali che, in casi eccezionalmente rari, si presentano come fenomeni di choc gravi. Si tratta di manifestazione di natura anafilattica legate a fatti di sensibilizzazione alle proteine contenute nell'insulina, che per difetto di preparazione non sia stata debitamente deproteinizzata. In questi casi basta cambiare il preparato per vedere abitualmente scomparire i disturbi, perchè le varie insuline che sono in commercio sono ottenute da pancreas di animali diversi

(maiale, bue, cavallo) e la sensibilizzazione è specifica per le proteine di una data specie. I casi di sensibilizzazione nei quali è l'insulina stessa che agisce da antigene sensibilizzante sono estremamente rari.

Ma non è solo il timore dei disturbi ipoglicemici e anafilattici che rende molti medici dubbiosi circa l'uso dell'insulina. Si teme che l'interruzione della terapia insulinica nei casi gravi comporti il pericolo di morte per coma. Si pensa che in questi casi l'organismo si sia abituato al medicamento e non possa farne a meno senza gravi rischi. Il Labbé, nel su citato articolo, osserva giustamente a questo proposito che tale convinzione è basata su di un errore di interpretazione in quanto molti malati affetti da diabete grave, molti diabetici che sono stati salvati dal coma grazie all'insulina, non possono farne a meno senza ricadere nel coma e morire, essendo il loro organismo totalmente deficiente di secrezione pancreatica; senza questo ormone essi sarebbero morti già da gran tempo. Considerazioni queste senza dubbio giuste, ma applicabili solo ai casi estremamente gravi. A mio modo di vedere, gli accidenti che in casi di diabete grave intervengono quando si sospende la cura insulinica devono essere interpretati altrimenti, almeno in molti casi.

Non c'è dubbio che la soppressione brusca del preparato in un organismo che, in grazia della cura insulinica, aveva guadagnato un equilibrio nutritivo prima deficiente, debba provocare uno squilibrio tanto più grave quanto più l'organismo si era adattato alle benefiche condizioni nutritive indotte dalla prolungata cura insulinica. D'altra parte l'interruzione della cura non è sempre accompagnata da una contemporanea modificazione della dieta o, se tale modificazione viene praticata, non sempre lo è razionalmente. Non bisogna dimenticare che nel diabetico non è soltanto turbato il ricambio degli idrati di carbonio, ma lo è in grado più o meno grave, secondo i casi, anche quello delle proteine e dei grassi. L'insulina non è soltanto benefica in quanto promuove una migliore utilizzazione delle sostanze idrocarbonate, ma anche perchè in pari tempo permette una migliore utilizzazione delle proteine e dei grassi, e, in modo precipuo, evita che l'alterato ricambio di tali sostanze porti all'acidosi. Ora, quando un diabetico grave, lungamente curato con forti dosi di insulina, che gli permettono di utilizzare una data quantità di idrati di carbonio oltre che di proteine e di grassi in equilibrio di chetoni-antichetoni, sospende la terapia insulinica, in molti casi o non varia la dieta, ed allora interviene un grave squilibrio nutritivo con i danni conseguenti, oppure, ed è quello che avviene nel più dei casi, riduce fortemente gli idrati di carbonio lasciando inalterato il *quantum* di proteine e di grassi, ed allora aggrava lo squilibrio nutritivo portando ad un deficit più grave il bilancio chetoni-antichetoni. In conclusione, se è innegabile che nel diabete grave la sospensione della cura insulinica lungamente praticata provoca talora un peggioramento grave delle condizioni dell'infermo con tendenza al coma, ciò è dovuto o a che la gravità del caso non consente la sopravvivenza senza l'insulina o al fatto che la sospensione della cura non è accompagnata da una razionale modificazione della dieta oppure ancora (ed è questo un altro elemento da non trascurare) a che l'insulina, se può annullare gli effetti del deficit funzionale pancreatico, non può arrestare il cammino, generalmente progressivo, della lesione responsabile di tale deficit funzionale, cosicchè la sospensione della cura lungamente praticata deve necessariamente mettere in evidenza un aggravamento, nel frattempo orditosi, delle lesioni pancreatiche responsabili della malattia, aggravamento prima mascherato dagli effetti benefici della terapia.

Comunque sia, non è l'insulina responsabile degli accidenti cui può andar soggetto l'infermo per la sospensione della cura nè la possibilità di tali accidenti può essere motivo sufficiente per rinunciare ai benefici della terapia insulinica proprio nei casi nei quali essa è più indicata.

Un altro appunto che si muove alla terapia insulinica è di risultare talora inefficace. Un tale giudizio, è doloroso constatarlo, è frutto nel più dei casi di non conoscenza delle condizioni più elementari necessarie perchè l'insulina possa esplicare la sua azione benefica.

Le cause degli insuccessi della terapia insulinica sono numerose e di varia natura. La più importante è la mancata prescrizione di una dieta adatta, che tenga conto della capacità residua di utilizzazione degli idrati di carbonio nel singolo caso e della dose di insulina da iniettare. Se molti medici vecchi diffidano dell'insulina, spesso per mancanza di esperienza personale, molti medici giovani ignorano quei principi di dietetica che, prima dell'introduzione dell'insulina, costituivano l'unico bagaglio terapeutico di cui il medico poteva disporre nella cura del diabete. Ora, una cura insulinica ben condotta non può prescindere da una razionale terapia dietetica, anzi la presuppone. Si può dire senz'altro che, a parità di condizioni, sia per quello che riguarda la gravità del caso che la dose di insulina impiegata, l'effetto utile sarà tanto più evidente quanto più razionale sarà la dieta prescritta.

Ecco, invece, quello che si osserva nella pratica. Alcune volte l'infermo viene lasciato libero di regolare *ad libitum* la sua alimentazione. È inutile fermarci per dimostrare il danno di una terapia così condotta. Altre volte, per paura dell'ipoglicemia, il medico fa ingerire all'ammalato, dopo ogni iniezione, fortissime quantità di zucchero, ottenendo come

risultato immediato un aumento della glicemia e della glicosuria e come risultato ultimo l'accentuarsi dei sintomi legati alla iperglicemia e la sfiducia dell'infermo nel preparato. Altre volte invece vengono eccessivamente limitati nella dieta gli idrati di carbonio. Anche in questo caso i risultati non possono che essere cattivi. Se infatti lo scopo essenziale della cura insulinica fosse l'abbassamento della glicemia, evidentemente l'insulina risulterebbe più facilmente efficace se praticata addirittura a digiuno. Ma lo scopo della cura è di ristabilire il turbato equilibrio nutritivo conseguenza dell'alterato ricambio. L'abbassamento della glicemia è per noi il criterio obbiettivo più sicuro per giudicare degli effetti della cura, ma solo quando tale abbassamento sia il risultato del ristabilito equilibrio nutritivo non l'effetto della limitata introduzione di idrati di carbonio e di un relativo iperinsulinismo provocato, nel qual caso non può avere evidentemente lo stesso significato. È evidente infatti che con la forte limitazione degli idrati di carbonio noi otterremo più facilmente e con dosi minori di insulina la scomparsa della glicusoria e l'abbassamento della glicemia. Ma se così facendo noi avremo provveduto a sopprimere lo stato iperglicemico ed i relativi disturbi, non avremo provveduto ad assicurare al diabetico l'utilizzazione di quella quantità di idrati di carbonio necessaria a migliorare il suo stato di nutrizione e ad evitare la comparsa o l'accentuarsi dell'acidosi. In altri termini, la quantità di insulina da adoperare nei singoli casi e la dieta da prescrivere devono tener conto innanzi tutto di un fattore fondamentale: lo stato di nutrizione dell'ammalato. Lo Zoia, nella relazione al 27° Congresso di Medicina Interna, così si esprime, a questo riguardo: « Si deve avvicinarsi quanto è possibile alla dieta che il malato dovrebbe fisiologicamente tenere se non fosse diabetico, tenuto anche conto delle alterazioni organiche che può presentare e, se non adulto, dei bisogni dell'organismo per la crescita. Se con questa dieta elimina zucchero, non si deve mai, per renderlo aglicosurico, ricorrere a una riduzione di idrati di carbonio specialmente per la possibilità di acidosi, e per la nociva influenza che la riduzione degli idrati di carbonio, necessariamente seguita da aumento dei grassi e sopratutto delle proteine, ha per lo stato del cuore, dei reni e del fegato, eventualmente lesi, il che assai spesso avviene, sopratutto nel diabete dell'età avanzata. Il difetto di assimilazione degli idrati di carbonio va corretto con insulina ».

In altri casi, mentre si ha cura di regolare scrupolosamente la dieta per quel che riguarda gli idrati di carbonio, si trascurano le sostanze proteiche e i grassi. Il risultato è spesso il persistere, malgrado la cura, della chetonuria, che tanto spaventa gli ammalati.

Altra causa di insuccesso è nella frequenza con la quale la terapia insulinica viene prescritta e praticata solo per breve tempo o a periodi o addirittura saltuariamente, spesso lasciando al criterio dell'ammalato il giudizio della convenienza o meno di fare le iniezioni, sistemi tutti irrazionali che condannano alla inefficacia la cura.

Altre volte la insufficienza della dose di insulina è causa di insuccesso o dà benefici solo parziali. Ho già accennato alle ragioni economiche che spesso ostacolano l'opera del medico; è ovvio che in casi di questo genere non si possa pretendere dall'insulina risultati superiori a quelli che, date le dosi adoperate, essa può dare. Ma è proprio in casi di questo genere, che poi sono purtroppo abbastanza numerosi, che l'opera intelligente del medico può essere particolarmente utile all'infermo. *Un medico che sappia prescrivere una buona dieta al diabetico potrà ottenere anche dalle piccole dosi di insulina risultati notevoli.*

Un altro errore di giudizio in cui medici e malati cadono frequentemente è quello di ritenere che l'organismo si assuefaccia all'insulina sì che occorrono, con l'andar del tempo, dosi sempre maggiori per ottenere l'effetto utile. In realtà non esiste assuefazione all'insulina e non può esistere, costituendo l'insulina null'altro che un prodotto fisiologico del nostro organismo. È però vero che nello stesso diabetico una certa dose di insulina, fino allora sufficiente ad assicurare l'equilibrio nutritivo, può in un certo momento risultare insufficiente. Ma per rendersi conto del perchè ciò avvenga, bisogna tener conto di due elementi. Uno è che il diabete è malattia generalmente più o meno progressiva e l'insulina, come ho già detto, se raddrizza l'alterato ricambio del diabetico, non cura il diabete. In secondo luogo, la malattia va soggetta, nei singoli casi, a periodi di miglioramenti e di peggioramenti, che talora hanno decorso stagionale o sono in rapporto con altri fattori morbosi contemporaneamente presenti o con episodi morbosi intercorrenti. Si spiega quindi a sufficienza la necessità che spesso si presenta al medico di ritoccare o la dieta o la dose di insulina per ristabilire le turbate condizioni di equilibrio, senza che questo possa essere attribuito a ipotetica e in realtà inesistente assuefazione al rimedio.

Concludendo, l'insulina è rimedio utile a tutti i diabetici, necessario a molti; è rimedio di azione sicura purchè sia usato in dosi sufficienti con una dieta adatta; se usato razionalmente non provoca mai disturbi pericolosi; non determina assuefazione. L'interruzione della cura può provocare il coma solo nei casi estremamente gravi, nei quali la vita non è possibile senza insulina oppure, negli altri casi, solo se la brusca soppressione del rimedio non è ac-

compagnata da una razionale modificazione della dieta, che tenga conto di tutti gli elementi di essa.

***

Questa mia nota, destinata al medico pratico, non raggiungerebbe lo scopo che vuol proporsi, se non fosse completata da alcune norme per l'uso dell'insulina nella cura del diabete. Lungi da me la pretesa di trattare a fondo la terapia del diabete. Mi limiterò ad indicare alcune norme essenziali che spero potranno essere utili in modo particolare a quelli fra i medici pratici che, dovendo esercitare la loro arte in ambienti lontani dai grandi centri di studio, vedono per la scarsezza dei mezzi di indagine a loro disposizione, aumentare ogni giorno di più le difficoltà e le responsabilità della loro opera.

Nella cura del diabete possono presentarsi al medico diverse eventualità. Le considererò partitamente.

Una prima eventualità, la più grave, è che si presenti al medico un diabetico in coma acidosico conclamato. Oggigiorno, per effetto della terapia insulinica, i casi di coma diabetico sono nettamente diminuiti. Nonpertanto casi di coma si osservano non infrequentemente in diabetici non curati con insulina e anche, per quanto molto meno frequentemente, in diabetici curati con insulina. In presenza di un coma diabetico conclamato è dovere del medico somministrare l'insulina a dosi generose, iniziando la cura il più presto possibile. Così operando il medico avrà la soddisfazione di salvare molti malati. Non tutti. Vi sono casi di coma che resistono alla più intensa cura insulinica, ma si tratta per lo più di casi nei quali l'intervento terapeutico non è stato pronto.

Come curare praticamente un diabetico in coma? Appena diagnosticato il coma, bisogna subito iniettare almeno 40 D. U. di insulina sotto cute (solo in casi estremamente gravi potrà essere necessaria la somministrazione di una parte dell'insulina endovena). Il comportamento successivo varietà a seconda che il medico avrà o no la possibilità di eseguire rapidamente delle determinazioni glicemiche. Nel primo caso si lascerà guidare dalla glicemia, insistendo sulle forti dosi distanziate di 3-4 ore l'una all'altra, fino a che la glicemia si sarà abbassata al di sotto del 2 ‰. Contemporaneamente si sorveglieranno le urine per constatare la progressiva diminuzione dei corpi chetonici. Quando la glicemia sia al di sotto del 2 ‰, bisogna andar cauti nella somministrazione di insulina, facendo seguire ad ogni dose di insulina l'ingestione di glucosio o di latte fortemente zuccherato. Del resto sarà prudente ed anche utile fare ingerire, appena possibile, del glucosio subito dopo le prime iniezioni di insulina, tenendo presente che scopo principale della cura del coma non è l'abbassamento della glicemia, ma la scomparsa dell'iperchetonemia.

Se il medico non avrà la possibilità di eseguire delle determinazioni glicemiche, bisognerà che si regoli esclusivamente sull'esame delle urine. In questo caso, sarà preferibile seguire il metodo delle piccole dosi di insulina più frequentemente ripetute. Ad una prima dose di 40 D. U., si potranno far seguire, per es., dosi successive di 20 D. U. ripetute ogni 2 ore, sorvegliando accuratamente le urine dell'ammalato. Su questo punto bisogna essere chiari. Il diabetico in coma generalmente non urina o perde le urine. Occorre dunque cateterizzare l'ammalato e cateterizzarlo in permanenza, vuotando la vescica di mezz'ora in mezz'ora. Solo in questo modo sarà possibile controllare l'azione dell'insulina sulla glicosuria. Che se invece si eseguisse il cateterismo di tratto in tratto, si potrebbe esser tratti in errore e giudicare glicosurico un ammalato che in realtà, nel momento in cui il cateterismo viene eseguito, glicosurico più non è. L'urina vescicale di un malato che non abbia urinato da alcune ore potrà infatti risultare globalmente ricca ancora di glucosio, a causa dello zucchero contenuto nelle prime porzioni secrete dal rene, mentre le ultime porzioni possono essere prive di zucchero.

Una volta ottenuta la scomparsa del coma acidosico, la terapia successiva dovrà uniformarsi alle norme comuni a tutti i casi di diabete da curare con insulina, norme alle quali accennerò appresso.

Debbo però, a proposito di coma diabetico, accennare ad una eventualità che non infrequentemente si presenta al giudizio del medico. Se un malato, che fa cura insulinica, cade in coma, si tratterà di coma diabetico o di coma ipoglicemico? Problema grave e di grande responsabilità per il medico, che nel dubbio se prescrivere o no l'insulina può perdere del tempo prezioso. È inutile fermarsi a discutere i criteri differenziali fra coma acidosico e coma ipoglicemico. Praticamente il sospetto di coma ipoglicemico impone l'intervento immediato della terapia adatta e non consente l'attesa anche la più breve. In questi casi bisognerà somministrare all'infermo al più presto una forte dose di glucosio, preferibilmente per via endovenosa, e aspettare circa mezz'ora. Se si tratta di coma ipoglicemico, la situazione migliorerà rapidamente, indicando al medico la via da seguire. Frattanto il medico avrà il tempo di eseguire un esame di urine che chiarirà ancora di più le cose. Se si tratta di coma acidosico, la somministrazione di zucchero non aggraverà la situazione, purchè non si tardi troppo nell'iniziare la terapia insulinica.

La seconda eventualità che può presentarsi al medico è quella di un diabetico che, pur non presentando fenomeni di intossicazione acidosica, presenta intensa acetonuria. In que-

sto caso, di fronte al pericolo che l'infermo cada in coma, occorre in primo tempo prescrivere una dieta ricca di idrati di carbonio in modo da potere senza rischi prescrivere almeno 30-40 D. U. *pro die* di insulina in due o tre iniezioni, fino a scomparsa dell'acetonuria. In secondo tempo si provvederà a stabilire la dieta più adatta al caso e la dose di insulina necessaria per una cura continuata.

Più delicata sarà la situazione quando un diabetico, sia o no acetonurico, presenti delle complicazioni (gangrena degli arti, ascessi, favi, ecc.) che impongono sopratutto la soppressione dello stato iperglicemico. In questi casi è assolutamente necessario regolare la terapia insulinica sulla glicemia, in modo da potere, senza rischi, portare quanto più è possibile alla norma il tasso glicemico. Regolarsi sulla glicosuria in casi di questo genere può portare ad insuccessi. Si tratta in genere di individui da lungo tempo affetti da diabete, che, per complicazioni renali, possono essere aglicosurici o divenire tali facilmente pur conservando una glicemia alta. Il controllo glicemico è dunque indispensabile.

La stessa regola vale per i diabetici che vanno preparati per un intervento chirurgico.

All'infuori dei casi che ho finora considerati, resta da considerare la più parte dei casi: diabeti gravi, per scarsa tolleranza residua agli idrati di carbonio, ma senza acidosi manifesta diabeti di media gravità, diabeti lievi. Come vanno trattati? Impossibile dare delle regole terapeutiche che non siano schematiche. Ogni diabetico va curato in relazione al suo diabete, al suo particolare modo di comportarsi rispetto ai vari alimenti e all'insulina. Mi limiterò a ricordare alcune norme generali in base alle quali non sarà difficile al pratico adattare la terapia al singolo caso.

Ho già riportato le parole con le quali lo Zoia, nella sua relazione al 37° Congresso di Medicina Interna sintetizza i criteri fondamentali per la terapia del diabete. Criteri senza dubbio razionalissimi, che però presuppongono ampia libertà al medico di prescrivere la dose di insulina necessaria per correggere il difetto di assimilazione degli idrati di carbonio. Ed ho già ricordato che ciò spesso non è, perchè ragioni economiche limitano la libertà d'azione del medico. Che se impedimenti di natura economica non inceppano l'opera del medico, la pratica attuazione del principio chiaramente enunciato dallo Zoia non comporta serie difficoltà. Partendo da un fabbisogno medio di 30-35 calorie per Kg. di peso, si aumenterà o diminuirà tale cifra a seconda che si tratti di bambini o di vecchi, di lavoratori manuali o sedentari. Stabilito il totale delle calorie necessarie, sarà agevole, servendosi delle tavole dietetiche, prescrivere una dieta che tenga conto della necessità di assegnare un massimo di 1 gr. per Kg. di peso di proteine. Sarà poi utile limitare a gr. 1,50-2,0 per Kg. di peso i grassi, per quanto i grassi per la genesi dei chetoni nel diabete sembra abbiano minore importanza delle proteine. Quando l'infermo ha eseguito per alcuni giorni la dieta stabilita e glicemia e glicosuria si sono stabilizzate, si inizia la terapia insulinica a piccole dosi, che vengono poi man mano aumentate fino a portare la glicemia vicino ai limiti normali. Non è necessario, e può essere pericoloso, portare la glicemia entro i limiti normali. Bisogna considerare che l'organismo umano non è una macchina nella quale entrate e uscite, assorbimento e processi del ricambio seguano un andamento matematico. Un diabetico curato sempre con la stessa dose di insulina e che segua rigidamente una determinata dieta (cosa del resto difficile ad ottenere) non presenta sempre gli stessi valori glicemici a digiuno (nel giudicare gli effetti della cura è buona norma riferirsi sempre alla glicemia del mattino a digiuno). Si avranno delle oscillazioni in un senso o nell'altro ed è facile comprendere come, mantenendo i valori glicemici intorno all'unità, si rischi di far cadere l'infermo in ipoglicemia. Quando si sia ottenuta una glicemia a digiuno di 1,30-1,40 non è necessario spingere oltre la cura, ma si cercherà di stabilizzare e consolidare i risultati ottenuti.

Una volta fissata la dose di insulina necessaria al singolo caso per ottenere l'abbassamento voluto della glicemia, non bisogna abbandonare l'infermo a sè stesso. Molte volte la dose di insulina sufficiente a mantenere la glicemia nei limiti voluti è inferiore alla dose di attacco, alla dose cioè necessaria ad ottenere inizialmente l'abbassamento glicemico. Bisognerà dunque seguire ancora per qualche tempo l'infermo e diminuire la dose di quel tanto che risulterà superfluo e quindi pericoloso.

Seguendo le norme che sinteticamente ho sopra riportate, si riuscirà a fissare una dose *standard* per il singolo caso. Si potrà allora lasciare che l'infermo si curi da sè, salvo a sorvegliare di tanto in tanto il tasso glicemico e la glicosuria.

Molto frequente è però il caso che il medico si trovi a dover limitare al minimo possibile la dose di insulina da impiegare. Non sono allora evidentemente applicabili i criteri dello Zoia. In casi di questo genere bisogna seguire norme diverse: curare dieteticamente l'ammalato prescindendo dall'insulina, cercare di ottenere dalle norme dietetiche il massimo risultato possibile ai fini dell'abbassamento del tasso glicemico, senza esporre l'ammalato ai rischi dell'acidosi, e lasciare all'insulina il compito di completare gli effetti della terapia per quel tanto che con le sole norme dietetiche non è possibile ottenere.

Sono questi i casi nei quali l'opera del medico diviene ardua e nei quali bisogna spesso contentarsi di risultati parziali. Sono i casi

nei quali sarà necessario saggiare la tolleranza residua del soggetto per gli idrati di carbonio, saggiare la tolleranza per i vari alimenti idrocarbonati (i diabetici, per es., tollerano in genere il levulosio meglio che il glucosio, il latte e le patate meglio che il pane), ricorrere eventualmente ai preparati di sorbite, come sionite e simili, che esperienze recentissime dimostrano essere ben tollerati dai diabetici (l'alto costo di questi prodotti però frustra lo scopo per il quale in questi casi dovrebbero essere prescritti).

Si cercherà in questo modo di prescrivere una dieta che, contenendo la maggior quantità possibile di idrati di carbonio, non provochi glicosuria e non determini forte iperglicemia, ciò che in alcuni casi non sarà possibile ottenere. Si completerà poi il fabbisogno di calorie con una ulteriore aggiunta di idrati di carbonio o parzialmente (quando occorra limitare al minimo la dose di insulina) di grassi, e si prescriverà la dose di insulina necessaria almeno a contenere la glicemia permanentemente al di sotto di 1,80-2 % e ad evitare la tendenza all'acidosi.

Mi resta da considerare un ultimo punto. È possibile istituire una cura insulinica in un diabetico senza l'ausilio della glicemia, mirando solo a sopprimere la glicosuria? È noto che fra tasso glicemico e glicosuria non esiste sempre parallelismo. Si può avere glicosuria senza iperglicemia (Diabete renale) e, più frequentemente, iperglicemia senza glicosuria. Ora, poichè scopo della terapia del diabete deve essere sopratutto di abbassare la glicemia, alla quale sono legati la più parte dei disturbi e delle complicazioni del diabete, e non di sopprimere la glicosuria che, in sè considerata, rappresenta solo una perdita di materiale energetico, perdita che nei casi di diabete non severo non è di grave entità, l'abbassamento e la soppressione della glicosuria hanno per noi valore essenzialmente quando siano conseguenza di una contemporanea parallela diminuzione della glicemia. Poichè questo parallelismo alcune volte manca del tutto e il più delle volte non è perfetto, è evidente che non si possa ben curare un diabetico senza il controllo glicemico. Ciò però non vuol dire che si debba rinunciare ad istituire una cura insulinica quando non sia possibile al medico determinare la glicemia. In casi di questo genere bisognerà solo rispettare alcune norme alle quali brevemente accennerò. Innanzi tutto, mancando il controllo diagnostico della glicemia, bisognerà escludere il diabete renale, studiando il comportamento della glicosuria rispetto alle variazioni del carico degli idrati di carbonio alimentari. È noto che la glicosuria diabetica si accentua o si attenua aumentando o diminuendo gli idrati di carbonio dell'alimentazione, cosa che non avviene quando la glicosuria, come è il caso del diabete renale, è l'espressione di un abbassamento della soglia renale di eliminazione dello zucchero.

In secondo luogo è necessario che la glicosuria sia ridotta al minimo ma non soppressa. Una volta soppressa stabilmente la glicosuria, il medico non avrebbe alcun criterio per giudicare se per caso l'infermo non si avii verso l'ipoglicemia. Bisognerà dunque contentarsi di risultati parziali, non essendo possibile spingere le dosi di insulina oltre certi limiti, senza esporre a pericolo la vita dell'infermo.

RIASSUNTO.

L'A. mette in evidenza i numerosi errori che nella cura insulinica del diabete frequentemente vengono commessi per scarsa conoscenza delle condizioni necessarie perchè la terapia insulinica porti vantaggio all'infermo senza danneggiarlo, nonchè la inconsistenza dei motivi che vengono addotti contro l'uso largo della insulino-terapia nella cura del diabete. Dà infine alcune norme pratiche sull'uso dell'insulina in pratica privata.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Transitoria sindrome striata in donna con doppio vizio mitralico.

Dott. Mario Gonfalonieri.

Prima di passare alla descrizione del caso, riteniamo opportuno dare uno schematico riassunto delle moderne vedute sulla fisiopatologia del corpo striato.

Bisogna anzitutto premettere che diverso è il valore del termine « corpo striato » dal punto di vista anatomico e da quello clinico. In anatomia normale sotto di esso si comprendono i due nuclei basilari caudato e lenticolare, a sua volta suddiviso in due segmenti: uno esterno, che è il putamen; e due interni che, dal loro colorito più tenue, prendono nome di *globus pallidus*.

Clinicamente si è invece tenuto conto di peculiari differenze istologiche che intercorrono nella architettura dei nuclei, tanto più che ad essa corrispondono quadri anatomo-patologici del pari diversi. Così sotto la denominazione di *striato* si comprende il nucleo caudato ed una parte del lenticolare: il putamen; e sotto quella di *pallido* ciò che di esso lenticolare rimane, cioè i due segmenti del *glob. pallidus*.

Dal lato della funzione otteniamo così (Vogt, Foerster) tre sistemi: striato, pallido e sotto-pallidale, reciprocamente influenzantisi. Infatti il sist. striato infrena il pallido il

quale, in mancanza di questa inibizione, suscita la insorgenza di movimenti automatici più o meno intensi, più o meno evidenti, che vanno dal semplice tremore sino ai gravi disordini coreici ed atetosici. Il presentarsi, quindi, di tali movimenti è sintomo patognomonico di una lesione dello striato (sindrome striata pura: corea, atetosi, spasmo di torsione, mioritmie). D'altro canto le lesioni del sist. pallidale, nel mentre hanno la conseguenza di sopprimere detti movimenti, lasciando libera la via all'azione del sist. sottopallidale si appalesano col manifestarsi di una esagerazione del tono muscolare, d'una rigidità muscolare generalizzata (sindrome pallidale). Una sindrome più complessa si ha allorquando tutti e tre i sistemi vengono cointeressati da una lesione di qualsivoglia natura: assistiamo allora alla contemporanea presenza di fatti ipercinetici ed ipertonici: sindrome strio-pallidale (ad es. morbo di Parkinson, di Wilson, pseudo-sclerosi cerebrale).

Conviene però dire che queste sindromi mancano ancora di una sufficiente documentazione anatomo-clinica; quindi l'opinione più attendibile « è quella che le forme nosologiche individualizzate sino ad oggi non siano che accidentalità di casistica dipendenti dalla localizzazione di processi patologici vari in una regione cerebrale capace di rivelare con sintomi corrispondenti i propri guasti (Ferrio) ». Arriveremmo insomma ad una diagnosi di *sede*.

Basandoci su questi principi, riteniamo appunto di poter giungere, nel caso caduto sotto nostra osservazione, ad una precisa diagnosi di sede; non solo: ma vogliamo anche porre in rilievo la fugacità dei sintomi, il loro improvviso comparire in stato di completo benessere soggettivo, ed il fatto che essi non hanno lasciato dietro di sè conseguenze clinicamente apprezzabili.

Nel caso in parola dobbiamo astrarre da quella sindrome, del resto ritenuta molto rara che prima si presenta alla discussione diagnostico differenziale: l'emicorea od emiatetosi pre- o post-emiplegica (Weir-Mitchell). Non esisteva e non si manifestò, neppure a distanza di tempo, nè emiplegia, nè emiparesi, nè nessun altro disturbo di moto o di senso, per quanto leggero, imputabile ad emorragia, embolia o trombosi intracraniche negli usuali punti di predilezione.

La sindrome scoppiò in modo improvviso e tumultuoso ed andò attenuandosi sino a scomparire in seconda giornata lasciando (unico reliquato che durò tre giorni) come traccia della temporanea esclusione funzionale del corpo striato, qualche raro movimento atetosico nelle dita della mano.

In un altro caso da noi osservato di corea postemiplegica (vecchio iperteso di 87 a., con intossicazione alcoolica) la discinesia iniziò appena in terza giornata dopo l'ictus, e, pressochè immodificata, accompagnò il paziente sino alla morte avvenuta circa in 15ª giornata.

L'anamnesi della nostra P. è molto semplice: non esiste ereditarietà luetica nè tbc.; non ha sofferte malattie degne di nota sino all'età di 30 a.; esclude in via categorica i traumi sul capo. Unico disturbo periodico denunciato sono le mestruazioni dolorose, regolari per epoca di comparsa, ma scarsissime e di anormale durata (24-30 ore). Cinque anni fa comincia ad accusare palpitazione di cuore, affanno di respiro, ambascia precordiale; il sanitario interrogato riscontra doppio vizio mitralico in istato di relativo compenso. In seguito a strapazzo fisico si manifesta iposistolia che regredisce con cura di riposo. Una seconda volta (1 anno fa) si instaura lo scompenso acuto: la degenza a letto rigorosamente osservata lo vince con facilità.

Nello scorso settembre, alle 13,30 circa, a breve distanza dal pasto, viene colta da intensa vertigine ed è costretta ad appoggiarsi ad una sedia. La coscienza rimane illesa; la favella è mantenuta in modo perfetto; mancano disturbi della vista e dell'udito. La vertigine dura invariata per una decina di minuti, poi diminuisce: nello stesso tempo la madre della P. si accorge che l'angolo sinistro della bocca è in preda a tremito violento che si trasforma ben presto in uno stiramento ritmico verso il basso, cui seguono contrazioni cloniche del pellicciaio. Subito dopo la P., contro sua volontà, comincia a ruotare il braccio S., disordinatamente, mentre la mano compie sul polso i più svariati movimenti e le dita si estendono, si flettono, si intrecciano tra loro. La stazione eretta diventa ora impossibile perchè anche l'arto inferiore partecipa alle convulsioni. La gamba viene flessa sulla coscia sino a toccare col tallone la natica del lato opposto, indi bruscamente estesa, addotta sopra quella destra mentre la coscia si flette sul bacino. Il capo viene portato nelle più diverse posizioni. Trasportata sul letto i movimenti diventano così rapidi e violenti che la madre decide di chiamare il medico.

Troviamo la donna nelle condizioni descritte. L'ipercinesia, a detta dei famigliari, è alquanto diminuita, ma si mantiene pur sempre ad un grado insolito.

L'esame obbiettivo dà quanto segue:

Donna di 35 a., in soddisfacente grado di nutrizione, leggermente anemica. Tipo longilineo, spiccatamente eretistico ed emotivo.

Polso 128, molto piccolo, con qualche aritmia extrasistolica. Temperatura 38,2. Pressione al R.-R. Mx 92, Mn 68. Volto modicamente congesto, non cianotico. Espressione angosciata. Favella mantenuta anche durante le convulsioni. Cuore: doppio soffio sulla mitrale. Al torace: sulle basi molti rantoli a piccole e medie bolle; respiro frequente a tipo asmatico. Espettorato emorragico, schiumoso, aereato; tosse stizzosa, violenta. Addome: nulla degno di nota; il fegato è in sede normale.

Sistema nervoso: sensorio integro; vista ed udito pienamente efficienti. Sensibilità cutanea forse un poco aumentata a S.; non parestesie. Riflesso corneale presente. Reazione pupillare alla luce pronta. Non esiste segno del facciale. Riflesso bicipitale presente e normale in ambo i lati. Riflessi cutanei addominali presenti. Riflesso patellare alquanto più vivace a S. Mancano: il clono della rotula; il segno di Oppenheim; il tibiale; il clono del piede; il Babinsky.

Di fronte ad un simile quadro era logico pensare anzitutto ad una emicorea pre- o post-emiplegica; ad una ipercinesia, cioè, legata a lesioni del talamo, della capsula interna, dei nuclei della base: sintomo concomitante o precursore di una paralisi. Diagnosticare l'esistenza dell'emiplegia mentre duravano i movimenti coreici era compito difficile. Si convenne di attendere, riservando la prognosi, più che altro per l'ipotesi che la paralisi si presentasse in seguito che non per il dubbio che essa fosse già in atto. Ripetiamo che in un altro caso osservato l'emicorea esordì in terza giornata: questo fatto e il non essere in grado di trovare (in un paziente a conoscenza integra) segni grossolani d'emiplegia ci fecero piuttosto propendere per un'emicorea pre-emiplegica.

I fatti a carico dei polmoni furono riferiti ad uno scompenso acuto determinato dal rilevantissimo sforzo muscolare cui, da quattro ore, era assoggettato l'organismo. L'inevitabile fatica respiratoria creò nei polmoni un *locus minoris resistentiae* e quivi soltanto insorsero i primi fenomeni di scompenso, mentre la circolazione epatica e quella degli arti inferiori, anche per la breve durata del periodo acuto, non subirono danni.

Ma il regredire ancora in giornata delle convulsioni; il graduale passaggio dalla corea all'atetosi, alla perfetta calma muscolare, il non potersi riscontrare neppure dopo più settimane, e nonostante minuziose indagini cliniche, segni di emiplegia, dovevano portarci in un altro campo diagnostico che non fosse quello di un ictus comunemente inteso. Restavano da considerare la sindrome striata pura e l'epilessia jaksoniana.

L'epilessia jaksoniana ha una caratteristica distintiva assai importante: l'inizio con aura localizzata ad un gruppo muscolare ed il permanere, dopo l'attacco, di paralisi o paresi transitorie negli stessi gruppi che per primi hanno palesati i segni della irritazione corticale.

Non è il caso di prendere in esame l'epilessia genuina per il quadro totalmente diverso che essa dà.

Contro l'epilessia jaksoniana depone pure l'assenza nel soggetto delle sue più note cause: traumatismi, tumori cerebrali, gomme ecc. Inoltre, una volta stabilitosi, l'attacco mantiene caratteri di intermittenza e, quando è presa una metà del corpo, di regola segue la perdita della coscienza. Dato che ci troviamo di fronte ad un cardiopatico, anche volendo ammettere che la tachicardia potesse portare a gravissime turbe circolatorie cerebrali come si hanno nella malattia di Adams-Stokes, e che si manifestano con attacchi convulsivi, non troviamo nella P. gli estremi necessari al loro verificarsi poichè la frequenza del battito cardiaco non era certo esagerata (128); senza notare che l'attacco convulsivo è epilettiforme e non va disgiunto da profonde alterazioni della coscienza.

Concludendo, ci crediamo autorizzati ad emettere diagnosi di sindrome striata pura di tipo emicoreico subentrata a lesioni d'ordine circolatorio, prontamente riparate. Identificare la natura della lesione è indagine ben più ardua; riteniamo però di avvicinarci al vero sospettando una embolia a carico dei rami della cerebrale anteriore o media (art. striate anteriori e lenticolo-striate).

Molina di Ledro (Trento).

RIASSUNTO.

L'A. ha osservato un caso di sindrome striata pura in donna con doppio vizio mitralico. Sintomo predominante la corea unilaterale. La sindrome è regredita prontamente; la P. ha conseguita una guarigione perfetta. L'origine è da attribuirsi ad una lesione vasale (embolia) dei rami dell'art. cerebr. anteriore o media.

RIVENDICAZIONI

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

La terapia ovarica dell'emofilia è una rivendicazione italiana.

Prof E. BERTARELLI, direttore

La terapia ovarica (innesto di ovaio, iniezione di estratto ovarico o follicolina) contro l'emofilia va facendo le sue buone prove agli S. U., ove già si parla come di una conquista definita contro questa discrasia, indicando la cura di Carrol-Birch come la terapia specifica od ipospecifica della emofilia.

Il desiderio di una legittima rivendicazione di priorità, almeno nell'idea direttrice di questa terapia, e il pensiero dell'utilità che deriva dal rendere noto quanto si va facendo in questo campo, mi spingono a scrivere queste linee, a costo di porre in disparte una doverosa modestia.

Se non erro, il primo che ha con nettezza parlato e scritto di una possibile terapia ovarica dell'emofilia è lo scrivente. Ben inteso non voglio e non posso escludere che altri abbia avuto contemporaneamente o poi, ed indipendentemente, una idea secondo la medesima logica direttiva.

Già nel 1923 lo scrivente faceva presente a Pavia al prof. E. Alfieri, allora Direttore della Clinica Ginecologica dell'Università di Pavia, la logica di un tentativo terapeutico di innesto ovarico o di iniezioni di estratto ovarico nella emofilia, partendo dal rilievo che l'emofilia è inesistente o rarissima nella donna. E se ciò risponde a verità (come tutto fa credere), bisogna ritenere come verosimile che nella donna una probabile secrezione interna entri in atto a favorire la coagulazione del sangue. Ed è ovvio il primo sospetto sia portato sull'ovario e sulla sua secrezione interna.

Invitavo quindi nel 1923 a compiere ricerche in questo senso, sia di vero e proprio tentativo terapeutico, sia di carattere biologico per stabilire le modificazioni esercitate dai derivati ovarici nel fenomeno (rapidità, ecc.) della coagulazione.

Qualche anno di poi accidentalmente esponevo e pubblicavo questo pensiero nel « Pensiero medico » da me diretto e compilato: e più esattamente nel numero del 31 maggio 1928 a pag. 322 in una recensione siglata colla mia iniziale scrivevo a proposito della terapia vitaminica dell'emofilia, queste esatte parole:

« Terapia vitaminica dell'emofilia.

Da qualche tempo si parla di benefici effetti dalla dieta vitaminica (specie se ricca di Vitamina C) nei casi di emofilia.

In Ispagna pare anche si sia fatto una vera e propria propaganda in tale senso. Per il che è interessante segnalare lo studio di Zeigdroth (*Münch. mediz. Wochenschr.*, 3 1928) sull'argomento.

Questo studioso ha avuto in cura due casi appartenenti a due ceppi famigliari, nei quali varii maschi erano emofillici (le donne no).

La dieta consigliata (pomodoro, limone, mele, ecc.) ha veramente giovato. Resta difficile dare una spiegazione del fenomeno. Noi siamo in realtà molto allo scuro sull'intima genesi dell'emofilia, anche se di solito ripetiamo che essa è data da un difetto di trombochinasi.

Lo stesso fenomeno della frequenza nei maschi in confronto coll'assenza nelle donne, fa pensare ad azioni endocrine. Anzi viene voglia di chiedersi perchè non sia mai stata tentata la terapia ovarica nell'uomo: poichè è chiaro che la prima idea interpretativa del fenomeno, obbliga a pensare alla possibilità di azioni ormoniche che correggono il difetto di composizione del sangue.

E non deve parere illogico chiedere prove in questo senso. *b.* ».

Il concetto quindi di una possibile terapia ovarica dell'emofilia era nettamente formulato ed espresso.

Ignoro se coloro i quali poi hanno fatto tentativi in questo senso erano a nozione di questo scritto: ma è ben certo che l'idea di una terapia ovarica dell'emofilia era da me nettamente formulata.

Le primissime prove in questo senso sono quelle di Paul Niehaus (*Schwezerische mediz. Wochens.*, 1-4 genn. 1930), il quale in uno scritto (*Vorlaufige Mittheilung zur Behandlung der Hemophilie*) pubblicava alcuni casi trattati. La comunicazione riguardava due casi di fratelli emofillici (uno di 10 l'altro di 25 anni). In uno fu innestato nel muscolo obliquo dell'addome un ovario di vitello (ovario con corpo luteo). In sei mesi l'ovario era interamente riassorbito: il sangue coagulava in due ore e mezzo.

Nell'altro caso fu innestato un ovario di pecora (pure con corpo luteo). In 6 mesi si ebbe riassorbimento dell'ovario innestato. Nessuna modificazione nella coagulabilità del sangue.

Niehaus concluse che l'ovario secerne solo transitoriamente un ormone che provvede alla coagulazione, e formulò una sua ipotesi sulle varie fasi della coagulazione.

Eseguì una riprova: al primo giovane innestò un frammento di ovario con corpo luteo. Nessuna modificazione nel tempo di coagulazione.

Al secondo innestò un frammento di ovario senza corpo luteo.

Il tempo di coagulazione da 5 ore scese a h. 1,30.

Il primo tentativo e la prima pubblicazione americana sulla terapia ovarica dell'emofilia è del 1931.

Carrol, La Fleur e Birch (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 25 luglio 1931) hanno condotto prove in questo senso, che paiono definitive.

Per comprendere bene le prove americane è utile ricordare come nell'urina dell'uomo (maschio) si riscontra sempre una certa quantità di follicolina. Nei maschi emofillici manca nell'urina l'ormone ovarico.

I primi loro tentativi pratici furono riferiti in *Proceedings of the Soc. exper. Biologie and Medic.*, XXVIII, 1931.

Introducendo la follicolina negli emofillici o eseguendo in essi un innesto ovarico, si ha un aumento della coagulabilità del sangue, mentre la follicolina compare nelle orine.

Non pare nelle prove americane si sia preso

in esame la possibilità di una azione negativa del corpo luteo.

Di recente Kimm e Van Allen (*Jour. of Americ. med. Assoc.*, 17 sett. 1932) hanno curato in Cina un emofillico con estratto ovarico, ottenendo l'arresto delle spontanee emorragie emofilliche.

***

La terapia ovarica dell'emofilia comincia quindi ad avere un netto diritto di cittadinanza: e agli S. U. si parla già di una terapia Caroll-Birch, mentre sarebbe giustizia dire terapia Bertarelli-Carroll-Birch.

E senza nulla togliere al valore dei rilievi americani, mi pare equo rivendicare con modesta serenità la prima formulazione di questa possibilità terapeutica, la quale spetta allo scrivente.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Disturbi funzionali cardio-vascolari di origine gastrica.

(A. CLERC. *Journal médical français*, settembre 1932).

I disturbi funzionali cardiaci provocati dalle diverse sindromi gastriche hanno preso in questi giorni un'importanza tale che nessun medico può disconoscere la parte notevole che ad essi spetta nella pratica giornaliera. Ed appunto dal punto di vista pratico, l'A. tratta qui il problema considerandolo essenzialmente sotto l'aspetto cardiologico.

FATTI CLINICI.

I *disturbi funzionali subbiettivi* hanno la parte preponderante, in quanto che sviano la attenzione del malato dalla loro vera origine, facendogli ritenere che è soprattutto in causa il suo cuore.

Si tratta talvolta di una *dispnea* penosa, accentuata dagli sforzi, ma che si esagera sempre in seguito ai pasti; è più evidente nei grandi mangiatori ad epigastrio rigonfio o nei bambini tachifagici. Generalmente le eruttazioni portano un sollievo, ma essa può essere permanente, con esagerazioni notturne, qualche volta con veri accessi, sete d'aria, raffreddamento delle estremità, polso piccolo, minaccia di asfissia.

Altre volte, domina il *dolore*, costrittivo, con irradiazioni nette verso la parte superiore del torace ed anche al braccio destro, in modo da dare l'impressione di un attacco anginoso. E' però meno accentuato, permette il cammino ed i movimenti e tende a localizzarsi lungo il margine sinistro del III-IV spazio intercostale o come peso sottomammario.

Non meno caratteristiche sono le *palpitazioni*, che si presentano spesso per crisi, sia dopo i pasti, sia di giorno e di notte, con risveglio di soprassalto o che impediscono il decubito laterale sinistro.

Qualche volta i battiti cardiaci sono così frequenti da simulare la *tachicardia parossistica*, però con attacchi meno bruschi e con minor frequenza del polso. Viceversa, può dominare la *bradicardia* (50-60 pulsazioni) che scompare con lo sforzo e si presenta talora a crisi con vertigini od anche tendenza sincopale.

Fra le aritmie, le *extrasistoli* sono classiche e danno sensazioni penose di ictus.

Importanti sono le *reazioni vasomotrici*: la vertigine, più accentuata al mattino al risveglio e specialmente nella stazione eretta; le vampe di calore legate generalmente al periodo digestivo e, viceversa, le lipotimie, raramente scompagnate a sudori abbondanti, da aumento di frequenza e deficienza del polso.

Segni obbiettivi. I principali sono connessi con la pneumatosi gastrica (in rapporto, a sua volta, con l'aerofagia); essa si rivela con un rigonfiamento dell'epigastrio, che dà un suono timpanico alla percussione e sposta all'esterno la punta cardiaca. Alla palpazione profonda si può risvegliare, talvolta, un punto doloroso al IV spazio intercostale sinistro (punto precordiale dei dispeptici). Tali fenomeni sono meno evidenti al mattino, a digiuno, che dopo i pasti.

Altre volte, domina all'epigastrio il *dolore* spontaneo o provocato (punto solare), tanto più sensibile quanto più si accentua la ptosi gastrica, la quale permette di avvertire i battiti dell'aorta addominale, ciò che fa pensare a taluno che si tratta di aneurisma.

L'esame delle arterie periferiche rivela generalmente uno stato di ipotensione che, nelle crisi dispnoiche o dolorose, può simulare il collasso.

Alla *radioscopia*, si osserva il più spesso una sacca d'aria voluminosa, gastrica o colica, capace di sollevare la cupola diaframmatica sinistra e di spostare il cuore in alto ed a sinistra.

Per quanto riguarda il *terreno* nel quale si sviluppano tali fatti, si tratta generalmente di individui giovani, per lo più di sesso femminile, od almeno impressionabili, ansiosi instabili con squilibrio nervoso.

Numerose sono le *varietà cliniche*: forme dispnoiche, anginose, bradicardiche, vasomotrici, ecc., divisioni però spesso arbitrarie, poichè tutti tali sintomi possono combinarsi e succedersi. Talvolta il punto di partenza non è lo stomaco, ma il colon (aerocolia), che dà

gli stessi risentimenti sull'apparato circolatorio.

L'*evoluzione* dei vari sintomi è capricciosa ed instabile. Generalmente assenti al risveglio, si esagerano quasi subito dopo che l'individuo si è alzato, dopo i pasti, spesso la sera e talvolta nelle prime ore della notte.

I sintomi si producono il più spesso a forma di accessi, ma talora sono continui e durano per lunghi anni; in qualche caso, la situazione è angosciosa e l'individuo vive in uno stato di perenne ansietà; la sua vita, però, non è affatto minacciata anche se le crisi sincopali si ripetono spesso.

Si è fatta la questione se il cuore può subire il contraccolpo di tutte queste eccitazioni multiple e ripetute. Eccezione fatta dei disturbi digestivi osservati secondariamente negli asistolici e dell'influenza nociva esercitata sopra un miocardio già in stato di meiopragia da un fattore sopraggiunto (specialmente aerofagia) o da uno squilibrio nervoso associato, si deve riconoscere che non basta rilevare l'esistenza di dispnea, di raffreddamento delle estremità, di frequenza del polso od anche di smorzamento dei toni per concludere che il cuore ha ceduto. Estremamente rare sono le osservazioni realmente probative in tal senso, sicchè la questione delle asistolie riflesse appare molto contestabile. E' bensì vero che, in qualche caso, all'ascoltazione si rilevano l'accentuazione del secondo tono polmonare, ovvero un soffio sistolico transitorio della punta, od un rumore di galoppo, mentre la radioscopia mostra un aumento relativo dell'ombra cardiaca. E si può quindi supporre che penda la minaccia dello stabilirsi di un circolo vizioso. Ma un esame sereno dei fatti permette di essere scettici su questa origine dell'asistolia, la quale, quando esiste, può essere spiegata con una causa più semplice, come una sclerosi renale latente od una miocardite generalmente etilica.

MECCANISMO PATOGENETICO.

I disturbi cardio-vascolari possono avere una origine meccanica, che risulta evidente quando si vede alla radioscopia la pneumatosi gastrica o l'aerocolia ed il sollievo ai disturbi che si ha con le eruttazioni.

Ma l'aerofagia non spiega tutti i fenomeni; anzitutto, essa può esistere senza determinare disturbi cardiaci e, d'altra parte, si può bene insufflare dell'aria nello stomaco senza alcuna conseguenza. Altri agenti debbono quindi essere invocati, specialmente l'irritazione riflessa, partita dalla mucosa lesa e lo stiramento del plesso nervoso in caso di ptosi.

Più complessa è la questione degli alimenti, tanto più che ve ne sono di quelli che pure apparendo inoffensivi, scatenano ugualmente l'ascesso, tanto che si pensa persino ad un ictus anafilattico.

Come fattori ausiliari, si possono citare le disfunzioni endocrine: oltre all'influenza tiroidea, si pensi all'accentuarsi di tali disturbi alle epoche mestruali.

Ad ogni modo, l'esistenza di questi disturbi fa pensare ad un arco riflesso che, partito dalla mucosa digerente, si riflette sul sistema neuro-vegetativo il quale, a sua volta, reagisce come vagotonia (bradicardia) o simpaticotonia (tachicardia) o come anfotonia.

La risposta del cuore si mantiene nei limiti detti funzionali. I riflessi complicati di vaso-costrizione polmonare portano la dilatazione delle cavità destre ed anche i soffi (funzionali) d'insufficienza degli orifizi; molti dei casi della così detta asistolia gastrica consistono in reazioni, talora violente, ma senza deficienza circolatoria durevole, in cui mancano i veri segni di insufficienza miocardica.

Lo scatenarsi dell'arco riflesso, però, non si fa nella egual misura in tutti gli individui; da un lato, il terreno neuropatico crea l'ipersensibilità alla minima eccitazione e, dall'altro, deve essere tenuto presente anche il terreno cardio-vascolare, nel quale non si avrebbero che dei disturbi insignificanti se esso non fosse in stato di minore resistenza. Così si spiega la gravità di alcune risposte organiche ad una eccitazione puramente nervosa e la persistenza della ripetizione che caratterizza alcune di tali manifestazioni.

DIAGNOSI.

Si presenta talora assai delicata. Eliminata la semplice presenza di disturbi gastrici in un cardiaco confermato, numerose sono le circostanze per cui il medico può essere tratto in errore; e questo protrebbe avere conseguenze disastrose. Si pensi alla differenziazione fra semplici battiti epigastrici ed ectasia dell'aorta addominale; fra i dolori puntori iuxtaxifoidei e lo stato di male anginoso connesso con la produzione di un infarto miocardico; fra le eruttazioni di un aerofagico con angoscia e la vera crisi di angina pectoris; fra il timpanismo della pneumatosi e lo stato di gonfiamento addominale di un peritonitico; fra un polso lento permanente e la semplice bradicardia sinusale con vertigini, dovuta alla semplice ipertonia del vago.

Così pure la confusione sarà possibile fra le manifestazioni veramente gastro-cardiache e quelle di individui con altre affezioni addominali (colon, fegato, cistifellea, apparecchio utero-ovarico), senza parlare degli ansiosi, dei basedowiani o degli individui appartenenti a quel gruppo così vasto e confuso in cui predomina l'instabilità cardiaca.

A tutte tali questioni, dà spesso una risposta soddisfacente la *terapia*. L'influenza benefica dei sedativi generali del sistema nervoso (specialmente del gardenal); del vago-simpati-

co e quella dell'igiene generale ha un grande valore. Analogamente, si sono avuti buoni effetti con lo stabilire una dieta adatta, con delle buone regole di masticazione, con l'uso adeguato di alcalini, di polveri assorbenti, di belladonna, con l'applicazione di una cintura ipogastrica. E' d'uopo perseverare nella prescrizione di questi rimedi, ma bisogna tener presente che il mancato loro effetto non esclude l'ipotesi della natura funzionale, poichè certe predisposizioni rimangono inveterate; è raro però che, almeno un successo parziale non si ottenga.

Questi disturbi cardio-vascolari legati alla meiopragia gastrica costituiscono un gruppo molto disparato, a patogenesi non univoca. Alla loro complessità, si oppone però l'unità e l'efficacia dei procedimenti terapeutici. Numerosissimi sono i malati ossessionati dal timore di una malattia cardiaca e di una morte imminente; l'assenza di fenomeni obbiettivi depone pure per l'assenza di disturbi gravi della circolazione. In tali individui, si pensi soprattutto allo stomaco e, sebbene il successo non sia sempre sicuro, nella maggior parte dei casi, con mezzi semplici, si otterranno eccellenti risultati. *fil.*

Azione degli estratti di pancreas desinsulinizzati sulla pressione arteriosa.

(EDGARDO T. YMAZ. *La Semana Medica*, 23 giugno 1932).

L'uso di prodotti animali (bile, sangue) a scopo terapeutico è antichissimo, ma l'uso di organi animali e di prodotti di organi vasali dopo ricerche scientifiche è recentissimo.

Nel 1896 Schäfer e More osservarono abbassamento della pressione arteriosa con iniezioni endovenose di estratti cerebrali e lo stesso risultato ebbero Osborne e Vincent con estratti di tessuto nervoso anche dopo sezione dei vaghi o iniezione di atropina. Negli anni successivi si vide che la proprietà ipotensiva non era esclusiva del tessuto nervoso, ma è anche dei gangli linfatici (Marfori), del fegato (Mac Donald), del rene. Si pensò che quest'azione ipotensiva fosse dovuta all'istamina, alla colina e ai peptoni.

Ma Dale e Laidlaw videro che negli animali anestetizzati l'iniezione di istamina provocava aumento e non diminuzione della pressione, come si aveva invece negli stessi animali anestetizzati per azione degli estratti di tessuti. Anche per la colina essi ne poterono escludere l'azione ipotensiva. Gley e Kisthinios hanno escluso l'azione del peptone nell'ipotensione da estratto pancreatico.

Secondo Frey e Krant la sostanza ipotensiva del pancreas è separabile dall'insulina e si ha nell'organismo in forma attiva ed in forma inattiva, si elimina per le urine ed è un ormone.

Il meccanismo con cui agisce provocando ipotensione l'estratto pancreatico desinsulinizzato è secondo Giroux e Kisthinios la neutralizzazione dell'azione dell'adrenalina. Questa sostanza accelera i battiti cardiaci, nelle estremità provoca subito vasocostrizione seguita da vasodilatazione, dà diminuzione del volume del rene.

L'A. ha studiato negli animali l'azione dell'estratto pancreatico desinsulinizzato ed ha veduto che l'iniezione endovenosa rapida dà brusca caduta della pressione, seguita da pressione più alta dell'antecedente con ritorno alla pressione primitiva dopo pochi minuti (2 1/2 - 4); che l'iniezione endovenosa lenta non ha azione sulla pressione. Inoltre egli ha osservato che l'iniezione endovenosa agisce anche dopo sezione dei vaghi o iniezione di atropina, che l'abbassamento della pressione non è accompagnato da vasodilatazione renale ma da dilatazione dei vasi intestinali (confermando i risultati di altri autori) e non è dovuto a vasodilatazione periferica (contrariamente alle osservazioni di altri).

L'esame elettrocardiografico nella rana ha dimostrato che l'iniezione endovenosa di estratto pancreatico dà un blocco seguito da arresto in diastole. Esperimenti su altri animali hanno dimostrato diminuzione di ampiezza delle contrazioni cardiache. La tachicardia che l'iniezione endovenosa produce è di origine sinusale, non è accompagnata da modificazioni nella conduzione auricoloventricolare, sempre si modifica la conduzione ventricolare per tendenza dell'onda T a diventare positiva. L'iniezione endovenosa lenta e quella endomuscolare, non modificano l'elettrocardiogramma.

Dal punto di vista terapeutico l'A. non ebbe risultati apprezzabili in malati con ipertensione delle iniezioni intramuscolari di estratto pancreatico, mentre ebbe risultati col riposo e la dieta. R. LUSENA.

Contributo alla conoscenza ed alla patogenesi dell'arteriosclerosi polmonare.

(G. CORBINI. *Rass. Int. di Clin. e Ter.*, 15 luglio 1932).

L'A. presenta tre casi di arteriosclerosi polmonare, con manifestazioni cliniche tipiche, e in due dei quali la diagnosi fu controllata all'autopsia. Clinicamente i fenomeni più appariscenti erano: ipertrofia notevole del cuore destro, dispnea spesso accessionale, poliglobulia e cianosi intensa.

Riguardo all'interpretazione di questo ultimo sintomo, l'A., riferite le varie ipotesi che vennero a questo proposito avanzate, esprime l'opinione che grandissimo valore possono avere: l'aumento della velocità della corrente sanguigna nel piccolo circolo e la lesione stessa dell'endotelio dei capillari polmonari; fattori entrambi che, forse con il concorso di le-

sioni dell'epitelio alveolare, ostacolano l'assunzione di O_2 e la perdita di CO_2 da parte del sangue.

Questa ipotesi spiegherebbe anche l'inizio precoce della cianosi stessa.

Pure caratteristico, secondo l'A., sarebbe il comportamento del respiro durante e dopo la fatica: esso infatti, nei casi di arteriosclerosi polmonare, si fa notevolmente frequente, fino ad aversi vera dispnea.

Il quadro radiologico era costituito da aumento del II arco cardiaco sinistro, che però, non sembra essere patognomonico della malattia, come non lo è affatto la così detta « danza dell'ilo ».

Notevole valore diagnostico avrebbero invece il rinforzo del disegno polmonare e la presenza di reticolo a fini maglie.

Nei casi studiati dall'A., mai è stata osservata la danza dell'ilo, che invece può comparire quando vi sia ipertensione del piccolo circolo, qualunque ne sia la natura. Non consta all'A. che sia stato descritto il reticolo a fini maglie da lui osservato nei campi polmonari, interpretabile, in accordo col reperto autottico, come espressione dell'iperplasia connettiva dei setti del parenchima polmonare.

Dal lato etiologico, l'A. osserva che presumibilmente la malattia ha diverse cause; prima di ogni altra l'ipertensione del piccolo circolo, in concorso con altri fattori meccanici e costituzionali, e forse anche infettivi.

Dal lato patogenetico discute l'influenza, che la presenza di aderenze pleuriche può esercitare sul sorgere e sul decorso della malattia.

In conclusione, sarebbe difficile o forse impossibile il distinguere l'arteriosclerosi primitiva del territorio polmonare dalla secondaria, perchè la medesima risultante morbosa può ordirsi, sempre attraverso un unico meccanismo patogenetico, sulla base di componenti causali variabili.

L'esistenza di un quadro clinico di arteriosclerosi polmonare, ben definito e tale da permettere la diagnosi *intra vitam*, appare direttamente ed efficacemente comprovata dalle osservazioni dell'autore, tanto più significative, in quanto che in due di esse fu praticata l'autopsia, che confermò la diagnosi e permise di meglio determinare l'aspetto anatomico della malattia.

M. COPPO.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi precoce della sifilide nervosa mediante analisi del liquido cefalo-rachidiano.

(P. RAVAUT. *Le Monde Médical*, sett. 1932).

La diagnosi precoce della sifilide nervosa può esser fatta sia con la clinica, fin dall'apparizione del primo sintomo, sia con le prove biologiche, studiando le reazioni del liquido cefalo-rachidiano nel quale vengono a riflettersi, per lo più fino dalla loro comparsa, quasi tutte le lesioni del sistema nervoso.

Paragonando la precocità di comparsa di questi due ordini di sintomi, risulta che nella maggior parte dei casi i segni biologici precedono, e qualche volta di un lungo periodo, i segni clinici. D'altra parte lo studio patogenetico della sifilide nervosa dimostra che l'infezione del sistema nervoso si ha specialmente nei primi stadii della malattia. La diagnosi precoce della sifilide nervosa deve essere dunque fatta fin dal suo periodo biologico e a questo scopo il liquido cefalo-rachidiano deve essere esaminato sistematicamente.

Per quanto riguarda lo studio del liquido cefalo-rachidiano, bisogna considerare successivamente gli elementi componenti le reazioni e la loro origine, i diversi tipi di reazione, la evoluzione delle reazioni ed il loro significato in relazione con i segni clinici.

Le reazioni cellulari sono in relazione sopratutto con lesioni del sistema meningo-vascolare e con il numero e la natura delle cellule indicano il grado di acuzio del processo, cosa che non pregiudica in nulla la sua gravità; spesso il liquido è torbido, tanto il numero delle cellule è grande, ma in pochi giorni può chiarificarsi e ridiventare normale; altre volte invece le cellule sono poche ed esistono gravissime localizzazioni nervose: questo prova che in questi casi l'elemento meningo-vascolare è passato in seconda linea.

Le reazioni di fissazione o di flocculazione sono determinate da sostanze lipoidiche che, secondo l'A., derivano in gran parte da processi di distruzione e di disintegrazione del parenchima.

La reazione delle albumine ha spesso origine complessa; essa può esser dovuta alla leucolisi degli elementi bianchi, a piccole emorragie occulte, ma specialmente a disturbi di permeabilità, in particolare nelle meningiti acute. Quando è forte, coincide quasi sempre con reazioni colloidali positive e denota così l'esistenza di lesioni del parenchima.

Sovrapponendo così lesioni anatomiche a reazioni del liquido cefalo-rachidiano, possiamo capir meglio come all'inizio della sifilide le reazioni puramente cellulari corrispondano a lesioni meningee, in generale rapidamente curabili, mentre se sono accompagnate da forte iperalbuminosi con reazioni colloidali positive, si può dedurne la lesione del parenchima, cosa che muta radicalmente la prognosi. Nello stesso modo, più tardi, durante la tabe e la P.P., se vediamo dapprima sparire le reazioni cellulari o spontaneamente o sotto l'influenza della cura, si è perchè agiamo dapprima sulle lesioni meningee, mentre la persistenza delle reazioni colloidali indica che le lesioni parenchimatose resistono ancora o non si cicatrizzano se non più lentamente.

Quanto al tipo delle reazioni esse possono

essere complete o parziali. Le prime indicano l'esistenza di lesioni meningo-parenchimatose più o meno intense, secondo il predominio di questo o di quello dei loro elementi. Le reazioni parziali o dissociate possono presentarsi sotto molteplici aspetti e sono indizio, come si è detto, di diverse forme lesionali o di lesioni osservate in diverse fasi della loro evoluzione.

Circa l'evoluzione delle reazioni, negli ammalati punti sistematicamente fin dall'inizio della sifilide, si possono rilevare reazioni del liquido cefalo-rachidiano senza nessun segno clinico. Esse sono per lo più parziali, formate da reazioni cellulari talvolta molto intense, con scarsa iperalbuminosi, guariscono per lo più in pochi mesi e spariscono definitivamente senza lasciar traccia di sè; esse coincidono con il periodo setticemico della sifilide. Altre, più rare, sono più durevoli, più intense e presentano un'evoluzione diversissima.

Le une, sempre latenti, senza segni clinici, possono presentare tutti i possibili gradi di intensità, essere anche complete, e sparire completamente dopo parecchi anni. Esse rappresentano delle forme di sifilide nervosa che sarebbero rimaste ignorate senza l'analisi del liquor.

Le altre, che si manifestano pure ai primi stadii della sifilide, diventano reazioni complete solo progressivamente, o si manifestano tali fino dalla prima puntura, poi persistono, e dopo una fase di latenza più o meno lunga, sono seguite da segni clinici che rivelano una sifilide nervosa più o meno grave. In certi casi questo periodo latente, *preclinico*, può esser lungo. Si intuisce quanto sia importante la conoscenza di questo periodo *preclinico*, rivelato dall'analisi del liquido cefalo-rachidiano, per la patogenesi, la diagnosi e la cura precoce di queste forme latenti di sifilide nervosa.

Queste due forme latenti di sifilide nervosa non si possono distinguere l'una dall'altra; solo l'evoluzione indica la loro natura. La regola pratica è dunque di farle sparire il più rapidamente possibile con la cura, senza aspettare che la clinica ci dia precise indicazioni sul loro avvenire.

Praticamente, dunque, tre possibilità si possono presentare:

a) Se l'ammalato presenta un segno clinico di sifilide nervosa, è di regola rilevare nel tempo stesso una reazione più o meno intensa del liquido cefalo-rachidiano. La reazione può in certi casi mancare o perchè si tratta di lesioni in via di cicatrizzazione o anche estinte e rimangono i segni clinici come espressione di lesioni cicatriziali, o perchè si tratta di lesioni ben limitate, nascoste nel parenchima nervoso, senza contatti con le meningi e con il liquido cefalo-rachidiano (lesioni arteriose, gomme profonde, ecc.) o perchè esistono disposizioni anatomiche particolari che ostacolano la circolazione del liquido cefalo-rachidiano.

b) Se l'ammalato presenta dei segni clinici dubbi di sifilide nervosa o piuttosto di dubbia interpretazione, il segno biologico può assumere valore decisivo.

c) Se l'ammalato non presenta nessun segno clinico di sifilide nervosa, la puntura lombare, praticata sistematicamente mostra spessissimo delle reazioni del liquido cefalo-rachidiano che rappresentano lesioni assolutamente latenti del sistema nervoso, che, come si è visto, hanno diverso significato e diverso comportamento.

In questi casi la superiorità del segno biologico si afferma in modo innegabile, poichè è esso il solo che ci riveli queste forme finora ignote di sifilide nervosa latente.

La puntura lombare deve dunque essere di regola nei luetici. Prima della fine del terzo anno, non s'impone, a condizioni che l'ammalato continui o subisca una cura intensiva fino a questa scadenza; alla fine del terzo anno deve essere di regola. C. TOSCANO.

Considerazioni su tre casi di cisticercosi cerebrale diagnosticati in vita. La sindrome demenziale nella cisticercosi cerebrale.

(C. RIZZO. *Riv. di Pat. nervosa e mentale*, maggio-giugno 1932).

L'A. a proposito di tre casi di cisticercosi cerebrale da lui diagnosticati in vita, richiama l'attenzione su alcuni punti di particolare interesse.

La diagnosi clinica di cisticercosi cerebrale può essere semplicemente sospettata quando, assieme a disturbi neuropatici, vi sia una disseminazione sottocutanea di cisticerchi o quando il malato dichiari che i suoi disturbi rimontano a qualche tempo dopo da che si è accorto di avere la tenia. Ma se il sospetto rappresenta una pista da seguire, purtroppo la clinica non ci offre i mezzi per l'accertamento diagnostico. Tutto bisogna chiedere al laboratorio.

Quando la cisticercosi cerebrale non è allo stato latente e nemmeno a quello monosintomatico, ma si impone come malattia plurisintomatica, e con caratteri di indubbia organicità, le diagnosi cliniche che sembrano più accettabili sono quelle di epilessia sintomatica, di tumore e di neurolue.

Un solo dato negativo può fare escludere la cisticercosi cerebrale; l'assenza di pleiocitosi nel liquido cefalo-rachidiano. Un solo dato positivo invece basta a confermare tale diagnosi: l'eosinofilia del liquido cefalo-rachidiano. La ricerca dell'eosinofilia nel sangue è incostante nella cisticercosi generalizzata ed in ispecie nella cisticercosi cerebrale ed anche nei tre casi dell'A., pur essendo presente una

imponente eosinofilia del liquor, gli eosinofili del sangue erano in numero normale. Sembra che gli stimoli, provenienti dal parassita e capaci di provocare l'eosinofilia, abbiano solo azione entro l'ambito della cavità cranica.

L'esame del *fundus oculi* nella cisticercosi cerebrale rare volte ha messo in evidenza segni d'ipertensione endocranica. Dalla radiografia nulla c'è da attendersi se le cisti non sono calcificate. Le reazioni colloidali, essendo aspecifiche, sono causa di errori diagnóstici.

Nel lungo decorso della cisticercosi cerebrale si hanno disturbi di tipo neurologico fin dall'infezione; in seguito, e quasi sempre dopo diversi anni, i disturbi neurologici si aggravano e compaiono netti disturbi psichici che persistono fino alla morte.

Dato che buona parte degli individui affetti da cisticercosi cerebrale presenta in vita convulsioni epilettiche, l'A. pensa che l'esame del liquor per la ricerca della eosinofilia debba esser fatto in tutti gli epilettici ed in genere in tutti i malati che entrano in una clinica neuropatologica od in un ospedale psichiatrico. Così facendo nessun caso di cisticercosi cerebrale passerebbe inosservato.

Paragonando la meningite basilare da cisticerco e quella luetica, che macroscopicamente si rassomigliano, si può dire che è più facile trovare paralisi dei nervi cranici nella meningite luetica che in quella da cisticerco.

Quanto ai disturbi psichici, molto frequenti nelle cisticercosi cerebrali, specie quando la localizzazione delle cisti avviene nelle meningi, non è facile spiegare con quale meccanismo essi si producano.

Schematicamente si può dire che i fattori capaci di dare disturbi psichici nella cisticercosi cerebrale sono: la compromissione anatomica degli elementi nervosi dovuta alla presenza stessa dei cisticerchi, l'aumentata pressione endocranica e i prodotti tossici derivati dal parassita.

Nei tre casi osservati dall'A. era presente una sindrome demenziale e poichè non esisteva disseminazione di cisticerchi alle meningi od alla convessità della corteccia e le limitate distruzioni di tessuto ectodermico in vicinanza dei cisticerchi non spiegano la grave sindrome demenziale, l'A. ritiene probabile che i disturbi psichici si presentino e si aggravino, nel lungo decorso della cisticercosi cerebrale, solo quando la circolazione del liquido c. r. viene in certo qual modo ostacolata e i prodotti catabolici del parassita possono più a lungo ristagnare, producendo un'intossicazione cronica del cervello. Fra le varietà della cisticercosi cerebrale, il cisticerco racemoso è quello che, per la sua localizzazione nelle cisterne aracnoidee della base, può ostacolare, senza anche provocare un vero e proprio blocco, la normale circolazione del liquido c. r., con tutte le conseguenze che ne derivano.

C. TOSCANO.

TUMORI.

Produzione di tumori maligni da trapianto di tessuto embrionale.

(E. KLEE-RAWIDOWICZ. *Deutsche Med. Woch.*, 9 settembre 1932).

La teoria di Cohnheim ha dato luogo ad una lunga serie di lavori tendenti a stabilire la possibilità di produrre tumori maligni mediante inoculazione di cellule embrionali. Queste ricerche condussero quasi generalmente alla produzione di embrioni. Il primo che vide, 2 anni dopo l'inoculazione di un embrioma artificiale nel ratto, svilupparsi un sarcoma fu Askanazy (1909). Ultimamente, adottando alcuni particolari espedienti preventivi, la produzione di tumori maligni da tessuto embrionale nel ratto e nel pollo è stata annunciata da varie parti.

L'A. espone le ricerche da lei compiute e che la hanno condotta alla produzione nel topo di tumori maligni da inoculazione di cellule embrionali. Essa trattava i topi con iniezioni di catrame sciolto in olio di oliva: molti animali morivano ma quelli rimasti ricevevano una iniezione di poltiglia di cellule embrionali di topo. In un animale, in corrispondenza della iniezione si ebbe dopo 4 settimane la formazione di un tumore in forma di oliva che al microscopio si mostrò come sarcoma a cellule fusiformi. Il tumore nei passaggi successivi aumentò di virulenza e possiede ora una capacità riproduttiva dell'80 per cento. Si trovava, al momento della pubblicazione del lavoro, al 24° passaggio su animali.

G. LA CAVA.

Sulle proprietà neurotrope dell'agente causa di malignità dei tumori.

(E. FRÄNKEL. *Deutsche Med. Woch.*, 9 settembre 1932).

Le cause *esteriori* di formazione del cancro non sono, almeno a quanto ne sappiamo oggi, di natura unilaterale: entrano in campo la quantità e qualità dello stimolo, egualmente importanti, come hanno dimostrato gli studi sui tumori parassitari e sui tumori da irritazione sperimentali. Come nelle malattie allergiche anche qui ha importanza, oltre allo stimolo irritativo, una particolare disposizione organica, in qualche caso anche ereditaria. Le ricerche di Renterwall sulla formazione di ipercheratosi locali attraverso stimoli irritativi allergici rendono questa analogia molto verosimile. Anche nel cancro, il processo patologico, quando sia iniziato, non si arresta più, neanche con l'allontanamento dello stimolo irritativo. Bisogna ammettere che siano avvenute nelle cellule alterazioni sostanziali, che continuano nella loro azione. Deve essere un agente speciale, un « *ens malignitatis* » che i

lavori dell'A. sul sarcoma di Rous hanno permesso di isolare e che è capace di riprodurre tumori in animali sani.

Le denominazioni di Agente, Virus, o *Ens Malignitatis* hanno lo stesso valore della espressione di *neoplasmatasi* creata dall'A.

Si tratta di prodotti del tessuto tumorale: essi verosimilmente si formano ogni volta che cause esteriori danno la possibilità allo sviluppo di un tumore. In questo essi si riformano e aumentano come in una nuova vita e con leggi costanti e costanti proprietà, sì che l'iniezione di essi darà origine sempre allo stesso tipo di tumore.

Lo studio dell'A. è rivolto a migliorare lo stato delle nostre conoscenze sulle proprietà di questa neoplasmatasi.

Egli, sperimentando su un tipo trasportabile di sarcoma dei polli, ha visto che le neoplasmatasi sono sostanze prive di cellule e forse anche prive di albumina, mentre mostrano uno spiccato neurotropismo. Questo parrebbe dimostrato dalla facilità con cui l'A. ha provocato la formazione di sarcomi di Rous nel pollo iniettando cervello di polli già sarcomatosi.

Lo stato acellulare delle neoplasmatasi si potrebbe spiegare considerandole come uno stato biologico particolare, analogo a quello dei batteriofogi. E' uno stadio di vita superiore o inferiore? E' una forma biologica di passaggio? Anche se si trovasse una risposta a queste domande, non si farebbe che allargare di più il problema assillante dell'essenza della vita, dove essa finisce e dove essa comincia.

Qui la teoria evoluzionistica non ci aiuta più.

G. La Cava.

Reticolo-endoteliomatosi maligna.

(C. M. Torres e A. P. De Azevedo. *Mem. do Inst. Oswaldo Cruz*, anno 1931, fasc. 2).

All'autopsia di un mulatto di 17 anni gli AA. trovarono, originantesi apparentemente dalla dura madre, un sarcoma a cellule fusiformi, che aveva invaso le ossa della calotta cranica nelle regioni parietali ed occipitali di ambo i lati. Il tessuto nervoso non era invaso dal tumore, il quale aveva però prodotto nel cervello un'area di depressione corrispondente al punto in cui esso sporgeva all'interno. Noduli metastatici si trovarono nel fegato, nei noduli linfatici epatici, nella milza, nei corpi surrenali. In tutte queste differenti localizzazioni la struttura era però quella di un endotelioma tipico: le cellule erano di grandezza moderata, di forma poliedrica, con nucleo vescicolare e citoplasma chiaro. Esse si disponevano attorno ad un lume centrale che rappresentava un vaso rudimentale. Altre aree erano invece composte di cellule senza disposizione concentrica. In piccole aree le colonne di cellule epatiche erano limitate da un lato da tipici sinusoidi, mentre dall'altro lato le cellule tumorali disposte intorno ad uno stretto lume simulavano un sinusoide patologico (neoplastico).

Gli AA. pensano si tratti di un endotelioma multiplo diffuso: l'origine del tumore può ammettersi nell'apparato reticolo endoteliale del fegato, della milza, dei corpi surrenali e dei nodi linfatici, la struttura di questi organi essendo alquanto uniforme. Nella dura l'endotelioma riproduceva la struttura e presentava i caratteri generali di un sarcoma fibroblastico: in alcune sezioni però fu trovata anche la struttura di un epitelioma. Il caso corrisponderebbe alla malattia che Puhr nella sua recente classificazione dei processi patologici progressivi dell'apparato reticolo-endotelio designa come reticolo-endoteliomatosi maligna.

G. La Cava.

PROBLEMI CULTURALI

La collaborazione scientifica.

I lavori scientifici in collaborazione sono andati in Italia in discredito, a giudicare dall'apprezzamento scarso e affatto negativo che ne fa la scienza ufficiale.

Capita non di rado leggere nei bandi di concorso: « esclusi i lavori in collaborazione ».

Vi devono essere buone ragioni « amministrative » che spiegano questa specie di ostracismo, ma è certo che tale tendenza non è tra quelle che incoraggiano e favoriscono il progresso della scienza.

Ciò mette brillantemente in rilievo il dottor L. Verney in un articolo pubblicato negli *Annali d'Igiene* (anno 1932, n. 9).

Il campo delle scienze biologiche è diventato oggi così vasto, si è diviso in tanti settori, che non può essere più abbracciato da un solo sguardo.

La cultura dello scienziato moderno ha guadagnato in profondità, ma ha perduto in estensione.

Oggi è impossibile avere competenze universali nelle materie biologiche: si può essere molto dotti in una disciplina e solo orecchianti nelle altre.

Tuttavia data la complessità dei fatti biologici, il loro studio richiede conoscenze e tecniche varie che di solito non sono possedute da un solo ricercatore.

La collaborazione di varie competenze elimina le difficoltà, rende il lavoro più spedito, più accurato e, per il controllo reciproco, più sicuro e più serio.

Della opportunità della cooperazione — scrive il Verney — si rese conto la gloriosa falange di studiosi che seppe in pochi anni chia-

rire il secolare problema epidemiologico della malaria. Giova ricordare, al riguardo, il trinomio **Grassi-Bignami-Bastianelli.** Nè meno significativa sullo stesso argomento è la cooperazione tra Ross e Manson, tra Marchiafava e Celli.

La tradizione è continuata nel campo della malariologia: basti pensare alla scoperta dei nuovissimi rimedi antimalarici. Animatore di tali ricerche è stato Schulemann, che con Schönhofer e Wingler allestì la plasmochina; questa venne saggiata negli uccelli da Roehl, nei paralitici da Sioli e nella malaria naturale da Mühlens: si è così avuta una cooperazione complessa. Altrettanto è avvenuto per l'atebrina: sempre per ispirazione di Schulemann, è stata prodotta da Mietzsch e Mauss, saggiata sperimentalmente da Kikuth e nell'uomo da Weese ed Hecht: ne è derivata una nuova conquista.

Ancora nel campo della malariologia, certe associazioni di nomi si sono imposte. Così il miglior lavoro sulla sistematica degli anofelini si stima quello dei coniugi Swellengrebel. I nomi dei fratelli Sergent, nello studio della malaria in Algeria ed in Macedonia, sono quasi indissolubili. Swellengrebel in collaborazione di De Buck e della Schoute ha differenziato due razze di *Anopheles maculipennis* in Olanda ed ha compiuto altri rilievi pregevoli. Missiroli in collaborazione di Hackett e di Martini ha accertato la diffusione delle razze di *Anopheles maculipennis* nell'Europa e ne ha fatto valere l'importanza per l'epidemiologia della malaria. E così via.

Quasi tutti i magnifici lavori di Widal sull'allergia sono stati fatti in collaborazione: egli, anzi, si limitava a dirigere ed a sorvegliare. Di una pigrizia senza esempi, era incapace perfino di maneggiare una provetta o di guardare al microscopio; ma col concorso di Abrami, Joltrain, Pasteur Vallery-Radot e altri ha potuto dischiudere tutto un campo nuovo e oltremodo fecondo alla medicina.

Non fu dovuta a intelligente collaborazione quella ricca serie di fondamentali scoperte cui pervenne la « Commission of Mediterranean Fever », di cui facevano parte molti tra i più bei nomi della medicina inglese: Bruce, Zammit, Kennedy, Horrocks, Bassett-Smith, Shaw? In appena due anni, dal 1904 al 1906, questa commissione scientifica brillantemente assolse il suo compito: chiarì numerosi problemi concernenti le eziologia e la patogenesi della febbre ondulante; dimostrò l'infettività del latte di capra e come questo animale sia il temibile vettore del virus; gettò le basi di una profilassi razionale. Ulteriori ricerche, tra cui fondamentali quelle in collaborazione di Ficai e Alessandrini, hanno portato a riconoscere il compito che, accanto alle capre, assume l'altro bestiame domestico.

E l'insulina non fu isolata da tre ricercatori che collaboravano, il Banting, il Best e il Collip di Toronto? E la epatoterapia dell'anemia perniciosa non è stata, in seguito ad esperienze praticate sugli animali da Whipple, applicata da due autori che lavoravano insieme, Minot e Murphy?

La scoperta della spirocheta pallida fu fatta da Schaudinn mentre lavorava con altri due competenti, Hoffmann e Neufeld, insieme ai quali faceva parte di una commissione di studio.

E la scoperta del tripanosoma quale agente della malattia del sonno fu fatta da Castellani in Africa quale membro di una commissione che comprendeva anche Low come parassitologo e Christy come epidemiologo, mentre egli ne era il microbiologo.

Nessun competente ignora il contributo portato da Volhard e Far nella patologia renale; dai coniugi Vogt nella patologia e fisiologia nervosa; da Hobst e Frölich, da Jansen e Donath nella vitaminologia; da Celli e De Blasi, da Mc Fadyean e Stockmann nella patologia veterinaria.

Le indagini recentissime sulla dissociazione microbica sono in maggioranza dovute a più di un autore: Hadley e Jiménez, Dochez e Avery, Sachs e Schlossberger, Weil e Felix (scopritori questi ultimi anche della reazione che permette la sierodiagnosi del tifo esantematico) ecc.; non diversamente nelle ricerche sull'ultravirus tubercolare si incontrano numerosi binomi, come quelli di Calmette e Valtis, Cooper e Petroff, Sanarelli e Alessandrini ecc.

La scoperta della reazione di fissazione del complemento si deve a Bordet e Gengou, i cui nomi sono associati anche per quanto concerne la scoperta del bacillo della pertosse; e ancora: gli importanti studi sul comportamento biochimico delle Brucelle si devono a Huddleson, Hasley e Torrey; quelli sulla profilassi della scarlattina ai coniugi Dick.

Chi abbia modo di scorrere molte riviste mediche, si avvede che negli Stati Uniti d'America, in Inghilterra, in Francia ed anche altrove, specie in certi campi, non si produce ormai quasi più nulla di notevole, se non da parte di autori associati; esistono dei binomi ed anche dei trinomi molto noti, si può dire consacrati.

La larga esemplificazione su riportata dimostra come la svalutazione che si fa in Italia ai lavori in collaborazione è ingiustificata, e certo tutt'altro che utile alla scienza.

Si tratta di un pregiudizio che va corretto, di una tendenza che va radicalmente riformata.

Le pedanterie burocratiche dei concorsi non possono e non debbono prevalere sulle esigenze dello sviluppo scientifico.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. PIRERA. *Nuovo Trattato di medicina interna.* Vol. IV ed ultimo. Vol. in-8° di pp. 1140. Casa ed. V. Idelson, Napoli, 1932, Prezzo opera completa L. 230.

Con singolare rapidità, a poche settimane di distanza dal terzo, appare questo ultimo volume dell'Opera del Pirera della quale ampiamente dicemmo in occasione della pubblicazione del primo volume. L'opera supera le previsioni raggiungendo complessive 3500 pagine, con 400 illustrazioni, nel testo, e 5 tavole a colori, fuori testo. Il volume attuale ci mette al corrente delle acquisizioni classiche e delle più recenti, nel campo delle malattie del sangue, delle malattie infettive, delle malattie del sistema nervoso. Anche qui precedono alle nozioni clinico-terapeutiche, note gerali sulla emopoiesi, sull'immunità, sulla fisiopatologia nervosa nei rispettivi capitoli. La dizione procede chiara, limpida, e se qualche disquisizione teorica si trova, il lettore nota come essa debba servire a rinsaldare la italianità del libro, ad avvalorare l'una o l'altra priorità nostra in argomenti (vedi ad esempio le malattie del sangue) che in Italia ebbero sempre all'avanguardia profondi cultori.

È riuscito un libro semplice, ideale per lo studente e per il medico pratico e, come già dicemmo, utile per ogni studioso di scienze mediche.

La parte grafico-tipografica è ancor più minuziosamente curata: degne di ammirazione le cinque tavole a colori che ornano fuori testo questo quarto volume, tavole riproducenti con fedeltà le varie forme di parassiti malarici, i reperti istologici di molte malattie (anemia perniciosa, leucemia, leucanemia, Hodgkin, spleno-megalia tromboflebitica, Banti, ecc.) alcune forme di batteri, scelti fra i meno visibili nei comuni trattati, ecc.

Il volume ci conferma ancor di più la primitiva impressione: è Opera scritta da clinico sperimentato, di eccellente scuola, conosciuto come sagace investigatore. Ad essa non mancherà la diffusione che non sapremmo augurare abbastanza. MONTELEONE.

Questions cliniques d'actualité. III^e Série. Un vol. in-8° di 302 pag., con 17 fig. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo Frs. 45.

Nel presente volume (che è il terzo della serie) sono raccolte 20 conferenze tenute alla « Charité », nel servizio di Sergent. Ognuna di esse è stata tenuta nel citato ospedale da un clinico noto, sopra un argomento che gli è familiare e sul quale ha una competenza riconosciuta.

Ciascuna di tali lezioni fornisce una documentazione perfettamente aggiornata su argomenti di attualità. Citiamo, fra esse, le seguenti: Influenza e tubercolosi (F. Bordet); Il trattamento del diabete con l'insulina (R. Boulin); L'ipertensione arteriosa di origine eredosifilitica (J. Genevrier); Su alcuni fatti relativi all'appendicite cronica (P. Jacquet); La profilassi della difterite (H. Janet); L'angina pectoris complicante le nevralgie toraco-brachiali sinistre (C. Lian); Calcoli renali (Ed. Mignon); diversi studi sulla tubercolosi (Sergent, Dumarest ed altri); Le carenze fruste nel bambino (L. Ribadeau-Dumas); Le ipersensibilità specifiche in clinica (Pasteur Vallery-Radot).

Il grande interesse che destano tali conferenze è dimostrato anche dal fatto che il volume contenente la prima serie è ormai esaurito. *fil.*

L. CONDORELLI. *Die Ernährung des Herzens und die Folgen ihrer Störung*, Un vol. in-8° di 230 pag., con 70 fig. in parte a colori. Th. Steinkopff, Dresden, 1932. Prezzo RM. 18,80.

In questa monografia, il Prof. Condorelli fa un'esposizione sistematica ed integrale delle nostre conoscenze sulla nutrizione cardiaca e sulle conseguenze dei disturbi di essa. È ovvia l'opportunità di studiare le modificazioni primarie e secondarie della nutrizione del miocardio nelle diverse condizioni fisiologiche e patologiche del circolo. I disturbi primari del circolo delle coronarie possono modificare la funzione del miocardio mentre, d'altra parte, le modificazioni anche minime dell'attività cardiaca possono influire sul circolo coronarico; sicchè, i disturbi funzionali del miocardio possono essere causa e conseguenza di modificazioni del circolo coronarico e viceversa. Vi si aggiungono poi le azioni reciproche fra quest'ultimo ed il circolo periferico.

L'A. si occupa dapprima dell'anatomia, della fisiologia e della patologia sperimentale del circolo coronarico. Più interessante per il pratico è l'ampio capitolo della patologia umana che studia i disturbi di nutrizione del miocardio dipendenti da vizi valvolari e malformazioni del cuore, da stati funzionali del cuore e da disturbi del circolo periferico.

Passa poi alla patologia delle coronarie (coronarite, ivi compresa l'angina pectoris, ed occlusione acuta delle coronarie) e del sistema venoso e capillare del cuore, trattando da ultimo le modificazioni del ritmo, come conseguenza di disturbi circoscritti di nutrizione del miocardio.

Il complesso argomento è trattato esaurientemente, alla luce delle attuali conoscenze, col sussidio anche di una vasta bibliografia che, per la sola parte della patologia umana, comprende 273 lavori. *fil.*

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A. LUMIÈRE. *Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose.* Un vol. in-8° di 112 pag. L. Sézanne, Lyon, 1932.

L'A., in un libro recentemente pubblicato da Desvigne di Lione, ha sostenuto che la tubercolosi, salvo circostanze eccezionali, non è contagiosa per l'adulto e lo è solo per un periodo piuttosto breve per il piccolo bambino. Essa è invece — egli afferma — ereditaria.

Tali sue idee, l'A. le ha anche diffuse in parecchi periodici medici, ribadendo i suoi concetti e dimostrando anche il pericolo che può derivare dalle teorie contagioniste.

Tali articoli sono qui riuniti e costituiscono un utile completamento ed aggiornamento dell'opera precedente. *fil.*

Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Vol. II-IV. In-8°, di rispettive pag. 268, 256, 362. Editi a cura dello stesso Istituto, in Roma. Prezzo L. 50 ciascuno.

Abbiamo recensito a suo tempo il primo volume di questa eccellente raccolta delle *Conferenze di cultura assicurativa* che, per iniziativa del Presidente dell'Istituto, on. avv. S. Gatti e sotto la direzione del Prof. G. Castelnuovo, vengono tenute nella sede dell'Istituto stesso.

In questi altri tre volumi troviamo, oltre alle conferenze anche delle monografie sugli argomenti trattati, i quali non sono limitati alle scienze attuariali, ma investono vasti problemi demografici, economici, sociali, che possono interessare ogni persona colta e più specialmente i medici ed i biologi. Cito, p. es., l'esauriente studio del Prof. Mortara sulla diminuzione della mortalità (Cause e conseguenze), quelli del prof. E. Enriques sull'eredità biologica, del Dott. A. Lutrario sul « Come prolungare la vita umana »; del Prof. G. Gini riguardante le indagini sulle famiglie numerose italiane, ecc.

Le stesse indagini di natura assicurativa sono di grande importanza per i medici, in quanto che soltanto in base ad esse potrà stabilirsi la convenienza e la possibilità di adire o meno al regime assicurativo per le malattie. *fil.*

Echi del XXXVIII Congresso di Medicina Interna.

A proposito della comunicazione del sen. Maragliano: « Il problema della immunità antitubercolare », il prof. FERRATA desidera far noto che egli si espresse precisamente nel seguente modo:

« Le ricerche sperimentali che si fanno in Lombardia sulla immunizzazione antitubercolare nelle vaccine sono state eseguite sia con bacilli vivi che con bacilli morti, e anche questi ultimi dimostrano in parte almeno potere antigene ».

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

III Congresso della Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica. I Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica.

(Bologna, 11-12-13 ottobre 1932).

Martedì 11 ottobre 1932 (ore 9).

Presiede il Sen. Prof. VIOLA, Presidente Onorario del Comitato Ordinatore.

Reazioni cerebro-psichiche e cerebro-viscerali nel concetto vitalistico.

Prof. C. CENI. — Il disserente si propone di gettare un rapido sguardo sul concetto vitalistico intenso come somma di reazioni cerebro-psichiche e cerebro-viscerali, concetto per il quale tutte le manifestazioni della vita psichica ed organica risalgono a reazioni cerebrali legate tra di loro in modo indissolubile e provocate da stimoli esterni. Tra questi ultimi innegabilmente i più importanti sono quelli provenienti per il tramite degli organi visivi ed uditivi. Tutta una serie di esperienze condotte per circa un quarantennio, dall'O. e dalla sua Scuola, sugli animali assordati ed accecati, stanno a dimostrare come, per effetto di tali traumi psicosensoriali, subentri negli animali uno stato di inaridimento psichico paragonabile ad una vera e propria demenza non dissimile da quella che consegue alle mutilazioni cerebrali. Espone una serie di importanti argomenti in favore della teoria dell'esistenza di centri cerebrali ben distinti, sede di energie congenite ed acquisite; le prime rappresentanti gli impulsi e le attitudini peculiari di ogni singola specie (istinti) e sempre localizzate nei segmenti anteriori del cervello; le seconde che, attraverso gli stimoli sensoriali provenienti dall'esterno, sono adibite al riconoscimento ed alla valutazione delle immagini destinate a risvegliare gli impulsi e che sono localizzate nei segmenti posteriori.

SEDUTA SCIENTIFICA (ore 11).

Presidenza: proff. CENI, DONATI, DI MARZIO.

I. RELAZIONE.

Lo stato attuale della chirurgia ipofisaria.

C. CAVINA (relatore).

Premessi alcuni brevi cenni sull'anatomia, la fisiologia e la patologia della ipofisi diencefalica in relazione alla chirurgia di questa glandula, l'O. discute le principali indicazioni che richiedono l'asportazione dell'organo malato, indicazioni che si riassumono nei tumori ipofisarii (endo e soprasellari) e in talune sindromi chiasmatiche di probabile origine tossica pituitaria per prime descritte dall'O.

L'O. passa in seguito in rassegna i metodi chirurgici proposti per raggiungere la ipofisi, e, dopo aver fatta la critica di ciascuno di essi, si sofferma al discutere i pregi ed i difetti di quelli oggi più comunemente adottati, illustrando con proiezioni il metodo che gli è proprio.

Parte saliente della relazione è la esposizione serena ed obiettiva dei risultati raggiunti finora in questo campo della neurochirurgia. Sulla guida delle statistiche più importanti l'O. non esita ad affermare che la portalità operatoria e le recidive in mano dei più sperimentati neurochirurghi sono oggi contenute in cifre assai basse, e che gli esiti immediati e lontani dell'operazione consistono nel ricupero in alta percentuale completo, in altissima percentuale spiccato, in percentuale minima scarso o nullo della funzione visiva e nella regressione o nel miglioramento dei fenomeni piccoli e grandi dello alterato trofismo.

Da ultimo l'O. parla della radioterapia dei tumori ipofisarii inagurata per la prima volta in Italia sin dal 1908 per opera del Gramegna di Torino e ne mette in luce tutto il valore per le forme particolarmente radiosensibili e ad evoluzione lenta e come complemento della cura chirurgica.

L'O. chiude la sua relazione, mettendo in risalto tutta l'importanza della chirurgia nel combattere i tumori ipofisarii, in quanto essa è capace di ridonare salute a malati destinati ad un progressivo decadimento con stigmate evidenti di gravi alterazioni somatiche (acromegalia, adiposità e disturbi della sfera genitale) e di ripristinare in parte o interamente la vista di questi malati altrimenti destinati alla cecità.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: proff. OVIO, BARRÈ, DI MARZIO.

Comunicazioni inerenti al I° tema di relazione.

O. HIRSCH. — *Risultati del trattamento endonasale dei tumori ipofisari.* — L'O. tratta dell'intervento operativo dei tumori ipofisari secondo il suo metodo transettale ed illustra con fotografie le diverse forme dei tumori ipofisari. L'Hirsch ha operato con questo suo metodo 233 casi raggiungendo risultati brillantissimi. Tra i pazienti da lui operati, 57 furono seguiti per un periodo da 4 a 13 anni e mezzo dopo l'operazione e, di questi, 41 dimostrarono miglioramento senza recidiva.

G. U. FASIANI. — *Considerazioni sopra alcune ipofisiectomie per via transfenoidale.*

P. CALICETI. — *Interventi sull'ipofisi. (Nota di tecnica e risultati).* — L'O. riferisce su tre ipofisiectomie praticate su ammalati adulti col metodo Hirsch-Segura. In tutti tre i casi i risultati ottenuti, sia immediati quanto a distanza, furono soddisfacentissimi essendo stato possibile ottenere un notevolissimo miglioramento della facoltà visiva ed anche dei disturbi generali.

A. TORRIGIANI. — *Radio chirurgia dei seni paranasali dell'ipofisi.* — Nei seni paranasali predilige l'operazione di Dembrer quando il seno mascellare è compromesso perchè essa permette le più larghe demolizioni rispettando la cosmesi e dà modo di perseguire col radium ogni punto eventulamente sospetto della cavità operatoria.

Nelle cavità più alte opera secondo Monre quando l'intervento dall'interno non appare sufficientemente radicale e fa di regola seguire all'operazione l'applicazione di radium.

Per i tumori ipofisari endosellari predilige il metodo endosellare di Hirsch per ragioni cosmetiche e perchè con esso si rispettano gli organi endonasali la cui ablazione porta a non rare penosissime riniti crostose. Egli ha una modestissima statistica operatoria anche per la poca convinzione dei colleghi medici ed oftalmologi locali per queste ormai indiscutibili possibilità chirurgiche ed anche perchè da vari anni si è convinto che alcuni di questi casi guariscono con raggi Roentgen e meglio ancora col radium. Nei casi a decorso lento egli applica il radium nella cavità sfenoidale con intervento nasale scevro da ogni pericolo e passa facilmente da questo alla operazione nella sella quando non si ottenga così un utile risultato. Opera in un solo tempo quando il caso richieda non solo urgenza ma anche solo sollecitudine.

V. PALUMBO. — *Particolari di tecnica radiumterapica nei tumori dell'ipofisi e dei seni paranasali.* — Avendo osservato lo sviluppo della terapia irradiante Radioattiva nel campo dei tumori a sede sellare e dei seni, espone alcuni particolari di tecnica Radium-terapica e critica i risultati delle cure in rapporto ai vari metodi di terapia irradiante radio attiva sia col Roentgen che col Radium.

Q. VISCHIA. — *La chirurgia ipofisaria e la radioterapia ipofisaria.* — L'O. illustra i vari metodi chirurgici messi in pratica per aggredire l'ipofisi: concorda nei ritenere la via extracranica il metodo elettivo. In base ad esperienze condotte su animali ritiene sia necessario ricorrere alla ipofisiectomia subtotale. Quanto alla radioterapia fa presente che pochissimi sono i tumori che si mostrano refrattari al trattamento radioterapico e che negli adenomi ipofisari la radioterapia ben condotta rappresenta la migliore arma che noi possediamo.

G. BOSCHI e G. CAMPAILLA. — *Sindrome del seno cavernoso da tumore ipofisario.* — Dallo studio del caso descritto gli OO. concludono che fra le sindromi focali dei tumori ipofisari va annoverata una sindrome del seno cavernoso pura, senza algie del trigemino, senza fatti oftalmoplegici e, segnatamente, con una triade oculare composta di: esoftalmo, edema palpebrale, iperemia congiuntivale.

B. BALLERINI e G. VINCENZETTO. — *Sulla radioterapia tubero- ipofisaria del diabete mellito.* — Gli OO. riferiscono su 10 ammalati trattati con la radioterapia tubero-ipofisaria. Di questi, 2 mostrarono aspetto di guarigione; una guarigione più o meno completa di tutti i disturbi, eccetto il tasso glicemico e glicosurico; quasi tutti gli altri presentarono un miglioramento transitorio in primo tempo. Gli OO. si limitano a constatare che la detta terapia si mostra profondamente e durevolmente efficace nei casi che accanto alla glicosuria mostrano più salienti i segni tubero-ipofisari.

BOSCHI e ZACCARIA. — *Modificazioni radiografiche della struttura sellare conseguenti alla Roentgenterapia degli adenomi ipofisari.*

L. MELANOWSKY. — *Sulle particolarità dell'atrofia dei nervi ottici nei tumori ipofisari.*

F. SCHIASSI. — *Considerazioni sulla sindrome clinica dell'adenoma basofilo dell'ipofisi* (« *Pituitary basophilism di Cushing* »).

F. MASCHERPA. — *Sulla tecnica delle radiografie sellari.* — Per l'esame della sella appare particolarmente adatta l'adozione della tecnica proposta dall'O. per la standardizzazione dell'indagine ra-

diologica negli esami del cranio e della colonna vertebrale.

Dimostrata la notevole semplificazione di esame ed i vantaggi che si ottengono adottando questa tecnica, l'O. propone che si segua sempre questo metodo, allo scopo di poter aver radiogrammi esattamente sovrapponibili ovunque.

F. MASCHERPA. — *Sul valore diagnostico dell'immagine sellare sulla base di alcuni interessanti casi.* — Ben nota è oggigiorno l'estrema importanza del pronto rilievo di una compartecipazione anche lieve della sella per la diagnosi precoce di una alterazione endocranica.

La tecnica di esame si è molto affinata, per cui difficilmente possono sfuggire delle lesioni, anche minime, purchè il radiogramma sia eseguito correttamente.

L'O. non crede invece che sia tenuto nella giusta considerazione il comportamento opposto della sella, che in casi talvolta molto gravi ed estesi risulta, contro ogni aspettativa, assolutamente negativa. Comunica a questo riguardo alcuni casi particolarmente istruttivi per concludere che dall'esame della immagine sellare è estremamente imprudente voler trarre induzioni, se non nel caso che esista perfetta concordanza con la clinica.

M. VERZELLA. — *Comportamento del campo visivo dopo 4 anni dall'irradiazione di un tumore ipofisario.* — L'O. ha seguito, per 4 anni, oftalmologicamente e col controllo radiografico un paziente affetto da tumore ipofisario e trattato con la Roentgenterapia. Il campo visivo presentava inizialmente in O. D. una emianopsia temporale, scomparsa parziale del quadrante supero-esterno e scotoma centrale per i colori; in O. S. emianopsia temporale senza scotoma centrale e diminuzione del quadrante supero-interno. Durante la Roentgenterapia si ebbe una graduale ricomparsa in OO. di un settore nei quadranti infero-esterni ed invariabilità negli altri. L'O. rapporta questa modificazione del campo visivo all'azione compressiva che le arterie cerebrali anteriori verrebbero ad esercitare sulla superficie dorsale anteriore del chiasma qualora questo venga spostato verso l'alto da una massa tumorale.

G. CAMPAILLA. — *Adenoma ipofisario ad estesa sindrome focale senza emianopsia* — Descrive un caso di tumore ipofisario a sede probabilmente endosellare in quanto le turbe trofiche avevano preceduto e prevalso su quelle visive; la sintomatologia clinica era raggruppabile in una sindrome globale del trigemino associata a compromissione del VI paio. L'O. fa presente che in questi casi il diagnostico deve basarsi sulle cognizioni anatomo-fisio-patologiche piuttosto che sulle nozioni di singole sindromi.

A. FRANCESCHETTI. — *La sindrome dell'aneurisma della carotide interna.* — In un caso di aneurisma della carotide interna destra, a breve distanza dall'uscita della comunicante posteriore, e di rottura dello stesso con emorragia endocranica l'O. ha rilevato la seguente sintomatologia: ripetuti dolori di testa ed improvvisi deliqui; durante uno di questi si manifestò una paralisi unilaterale interna ed esterna del III paio e durante un secondo accesso si manifestò un'emiplegia ed un aumento della pressione endorachidea. L'O. fa presente la possibilità di una differenziazione clinico-diagnostica di questi casi e ritiene che quale fattore eziologico possa riconoscersi una predisposizione costituzionale (diatesi aneurismatica degli AA. francesi).

CARAMAZZA F. — *Sindrome chiasmatica da ateromasia aneurismatica delle carotidi interne.* — Riferisce di una ammalata la quale all'esame oculare presentava emianopsia binasale ed oftalmoscopicamente atrofia post-papillitica in un occhio e papilla da stasi con emorragie nell'altro. L'indagine radiografica lasciava vedere delle opacità perfettamente sovrapponibili alle arterie carotidi interne nel tratto in cui esse decorrono medialmente alle apofisi clinoidee anteriori e lateralmente ai nervi ottici. Deriva importanza al caso oltre che dalla rarità delle osservazioni di tal genere con diagnosi fatta *intra vitam*, anche dal fatto che è stato possibile seguire, in un occhio, l'evolversi delle alterazioni campimetriche da quelle iniziali sino al quadro finale di una netta emianopsia binasale.

VINCENZETTO C. — *Quattro casi di presunto adenoma ipofisario, trattati mediante radioterapia con esito favorevole.*

Seduta del 12 *ottobre* (ore 9).

Presidenza: proff. WEILL, BILANCIONI, CENI.

Discussione sulla Relazione.

Prendono la parola i proff.: CENI, AYALA, ROSSI V., VIOLA, BERTOLOTTI, BESTA, BUSCAINO, WEILL. SALOTTI, DI MARZIO, PALMIERI, DONATI, FASIANI. GAMBERINI, ENDERLE.

A tutti gli oratori risponde il relatore prof. CAVINA.

II RELAZIONE.

Le neuriti ottiche di origine sinusale.

Relatori: proff. Q. DI MARZIO e G. FERRERI.

I due OO. hanno studiato la questione delle neuriti ottiche sia a tipo edematoso, sia a tipo neurite retrobulbare in rapporto causale con le malattie dei seni della faccia, sia come sinusiti conclamate, sia come sinusiti latenti; hanno studiato ed operato 30 malati affetti da lesioni varie del nervo ottico con forte abbassamento della vista. La maggior parte di essi sono migliorati con l'apertura dei seni etmoidali e sfenoidali ed il percento più forte si è avuto quando non esisteva nessuna forma di sinusite nè clinica nè radiologica nè riscontrabile all'atto operativo; di poi viene il percento delle forme di sinusite conclamate o latenti. Il miglioramento o la guarigione dopo l'intervento operativo avvenivano sia rapidamente, perfino dopo 24 ore, oppure dopo pochi giorni. Altre volte il miglioramento era più lento, dopo qualche mese, ed in alcuni casi persino dopo qualche anno. I casi migliorati attraversavano degli stadi di passaggio dello scotoma centrale assoluto allo scotoma relativo e poi alla scomparsa totale dello scotoma. La relazione è stata corredata da numerose proiezioni di esami radiografici e di diagrammi del C. V.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: proff. BERTOLOTTI, SARGNON, BESTA.

Comunicazioni inerenti al II tema di relazione.

WEILL G. — *Saggio di una classificazione delle neuriti retrobulbari.* — Distinte le neuriti retrobulbari croniche di origine alcoolico-nicotinica e diabe-

tica da un lato e, dall'altro, le neuriti ottiche propriamente dette, l'O. considera le neuriti retrobulbari intese secondo la classica definizione, cioè senza reperto oftalmoscopico. Distingue di queste, due forme: l'una tipica, per lo più unilaterale, a decorso acuto e che si manifesta generalmente dai 15 ai 35 anni. Questa forma di neurite retrobulbare è quasi sempre un segno e spesso il primo, della sclerosi multipla; la seconda, atipica, a volte bilaterale, a carattere subacuto e che oltre lo scotoma centrale presenta anche un restringimento periferico e spesso temporale del campo visivo. Per quanto riguarda i concetti direttivi su eventuali interventi chirurgici l'O. afferma che le forme tipiche, acute, guariscono spontaneamente e senza intervento; e che le forme atipiche possono essere, invece, benevolmente influenzate dall'atto operativo. L'O. fa presente che, per altro, molte neuriti retrobulbari atipiche non sono dovute a sinusiti, ma piuttosto ad affezioni della sella turcica e particolarmente ai tumori che circondano il nervo ottico.

MORELLI E. — *Sulla durata dell'angiospasmo della A. C. della retina. (Riferimenti sulle neuriti retrobulbari di origine naso-sinusali).* — Basandosi nell'osservazione di 3 casi clinici, nei quali ha potuto seguire le varie fasi della crisi angiospastica, l'O. sostiene che l'angiospasmo non può durare oltre 15 minuti primi senza dar luogo a reliquati irreversibili.

MORELLI E. — *Neurite alcoolico-tabagica e fattore morfologico naso-sinusale.* — Pur facendo le più ampie riserve sull'importanza che il rilievo può avere, l'O. nota come in un certo numero di casi di neurite alcoolico-tabagica venuti alla sua osservazione, esistono alterazioni morfologiche del naso e dei seni.

ROSSI V. — *Neurite retrobulbare in un caso con pansinusite a tipo ossificante.*

DE CORI E. — *Sulla neurite retrobulbare d'origine sinusale.* — L'O. descrive 2 casi nei quali una neurite retrobulbare non riferibile ad alcun'altra causa seguiva le variazioni del decorso dell'affezione naso-sinusale; la guarigione operatoria portò al risolversi della manifestazione oculare.

GIUSSANI M. — *Aspetti clinici delle sfeno-etmoiditi iperplastiche* — L'O. mette in rilievo che talora l'unica manifestazione clinica di una sinusite sfeno-etmoidale iperplastica è la diminuzione del visus per un processo di neurite retrobulbare; tal'altra sono cefalee intense accompagnate da fenomeni neuralgici e da disturbi simpatici vari.

È importante notare dal punto di vista rinologico che talora si possono rilevare nel naso alterazioni abbastanza caratteristiche; tal'altra invece il reperto rinologico è completamente negativo pure in presenza di una sfeno-etmoidite iperplastica sicura.

SALOTTI. — *I segni radiologici extrasinusali delle sinusiti.* — Su 500 crani osservati in un triennio, l'O. ha raccolto circa 130 casi di sinusiti croniche, nella maggior parte dei quali è riuscito a dimostrare quasi sempre interessato il complesso etmoido-sfenoidale.

SEGUINI A. — *Neurite intra- e retrobulbare da sinusite.* — L'O. riferisce 6 casi di neuriti retrobulbari da infiammazione dei seni profondi della faccia; in tutti si ebbe la *restitutio ad integrum* del nervo ottico in seguito ad adeguata cura delle sinusiti.

L'O. mette in evidenza che se facile fu lo stabilire l'origine della neurite in tre casi, così non fu negli altri tre senza il prezioso ausilio del rinologo.

Consiglia di star molto in guardia nel far la solita diagnosi di neurite retrobulbare alcoolica-nicotinica essendo questa entità morbosa, se non molto problematica, almeno estremamente rara.

CAVINA. C. — *Mucocele sfenoidale; neurite ottica in O. S., operazione, guarigione.* — Riferisce di aver operato sul seno sfenoidale parecchi ammalati nei quali potè così osservare sinusiti con granulazioni. Come sua impressione, l'O. crede che i casi con granulazione danno poco miglioramento dei sintomi oculari. Passa a riferire un caso di mucocele sfenoidale enorme, tanto che la diagnosi fu fatta solo al tavolo operatorio, dove fu praticata la tecnica chirurgica per aggredire un supposto tumore ipofisario. Tale caso presentava anche una neurite ottica ed ebbe un felice decorso post-operatorio.

SILVAGNI M. — *Turbe ipofisarie nelle sinusiti e perisinusiti croniche.* — L'O. ha studiato i rapporti fra la funzione ipofisaria ed i processi flogistici cronici dei seni.

Negli ammalati finora studiati è stata messa in evidenza, prevalentemente, un'ipofunzione della ipofisi il cui comportamento non è stato ancora seguito dopo l'intervento che data solo da qualche mese.

FORTUNATO V. — *Considerazioni su alcuni casi di sinusite con complicanze orbitarie.*

GERIN C. — *Osservazioni sull'immagine dello sfenoide nella proiezione assiale.*

NEUSCHÜLER I. — *Sinusiti con sintomatologia prevalentemente radio-oculare.* — Riferisce gli esiti lontani di un caso di neurite ottica retrobulbare operato già in fase atrofica dal prof. Ferreri e nel quale si trovò muco-pus nel seno sfenoidale.

In questo caso l'atrofia dell'ottico ed il visus decrescente subirono un arresto completo controllato a due anni dall'intervento. Circa la possibilità di lesioni oculari da «sinusite senza sinusite» espone due casi di cellulite orbitaria con opacità dei seni frontali radiograficamente controllate e nei quali, operando, nulla si trovò nel seno. L'O. crede che anche in questi casi avviene ciò, che è ormai noto, quando si apre il seno sfenoidale pneumatizzandolo. Di fronte a queste evenienze bisogna pensare ad una speciale costituzione morfologica che può spiegare un comportamento sinu-oculare apparentemente sorprendente.

DUVERGER e VERGER. — *Neurite retrobulbare d'origine nasale.* — Gli OO. descrivono un caso di neurite retrobulbare monolaterale osservato in una donna affetta da mixoma della fossa nasale dello stesso lato. Asportata chirurgicamente la massa neoplastica, si ebbe miglioramento del visus pur rimanendo invariato il quadro oftalmoscopico (pallore accentuato della metà temporale della papilla).

Discussione.

Prendono la parola i proff. BILANCIONI, BERTOLOTTI, CAVINA, MORELLI, WEILL, SALOTTI, MEDEA, SILVAGNI, CALICETI, ROSSI V. AYALA. SARGONO, NEUSCHÜLER.

Rispondono i Relatori proff. DI MARZIO e FERRERI.

(Ferrara, giovedì 13 ottobre, ore 9,30).

Sala della Biblioteca dell'Ospedale psichiatrico.

Presidenza: proff. BOSCHI, BASTIANELLI, FASIANI.

Comunicazioni.

SARGONO A. — *Le cefalee d'origine nasale.* — L'O. ha studiato, con completa indagine e con profondo senso critico, le cefalee d'origine nasale, le quali sono sopratutto dovute a lesioni per lo più anteriori acquisite: traumatiche, infiammatorie nervose o neoplastiche.

Ne discute l'etiopatogenesi e la sintomatologia clinica e tratta infine della terapia, medica e chirurgica, che viene volta a volta, indicata dalla diversità delle cause etiologiche e degli aspetti clinici.

BILANCIONI G. — *Ascesso cerebrale ottico e paralisi del facciale.*

MARQUEZ M. — *Dell'incrocio ottico-chiasmatico.* — L'O. sviluppando la teoria di Ramon y Cajal sull'incrocio dei nervi ottici nel chiasma, viene a dimostrare che nell'uomo il parziale incrocio chiasmatico delle fibre ottiche è dovuto non solo all'occhio lenticolare, ma anche al fatto che i campi visuali hanno una zona periferica esterna indipendente.

L'O. dimostra anche che l'incrocio si fa soltanto nel senso laterale, mentre non avviene in quello verticale.

BESTA C. — *Tumori cerebrali, loro diagnosi e radiologia; loro cura.*

PALLESTRINI E. — *Sull'inibizione del nistagmo spontaneo mediante stimolazione del labirinto inferiore.*

MEDEA E. — *Considerazioni su alcuni tumori cranio-facciali.*

PALMIERI G. G. — *Radioterapia dei tumori del massiccio maxillo facciale.*

TRAINA P. e DEL CORTO. — *Modificazioni della pressione arteriosa retinica consecutive agli interventi endonasali.*

AYALA G. — *Su qualche criterio diagnostico differenziale fra i tumori supra e subtentoriali.*

MORELLI E. — *Sulla sindrome del nervo nasale.* — L'O. si intrattiene sulla sindrome del nervo nasale di cui studia l'eziologia e la patogenesi, confrontando quanto esisteva fin qui con quello che egli ha potuto rilevare nell'osservazione di tre casi clinici.

DENTI A. V. e GIUSSANI M. — *Sindrome del nervo nasale.* — La sindrome nasale rilevata dagli OO. era caratterizzata da crisi dolorose intense insorgenti subitamente, di durata varia, esacerbantisi più volte nella giornata, con localizzazione all'occhio, alla regione naso-lobare e naso-frontale con edema palpebrale, lacrimazione copiosa, ostruzione nasale e rinorrea. All'esame oculare si rilevava una intensa iniezione congiuntivale e ciliare con depositi di essudati puntiformi sulla Deschemet. All'esame rinologico si rilevava uno stato di congestione intensa della mucosa dei turbinati con secrezione copiosa di liquido acquoso, filante. La semplice adreno-cocainizzazione della mucosa nasale è bastata per far scomparire prontamente i sintomi oculari e nasali.

BALDUZZI A. — *Il nistagmo e la vertigine optocinetica.*

SABBADINI D. — *Risultati a distanza della malarioterapia nell'atrofia ottica tabetica.* — Riferisce sui risultati ottenuti mediante la malarioterapia in 3 casi di atrofia ottica tabetica, malarizzati nel 1926. In un caso si è avuta guarigione, in un secondo stazionarietà e nel terzo leggero peggioramento.

L'O. ritiene doversi affermare l'efficacia della malarioterapia nell'atrofia tabetica dell'ottico e fa presente l'azione dannosa che esercita il mercurio diminuendo il benefico influsso della piretoterapia malarica.

PISANI V. — *La malarioterapia nella tabe e nella tabo-paralisi.*

DE NIGRIS G. — *Sindrome oculocefalogira in soggetto neuro-luetico. (Miglioramento dopo la malarioterapia).* — L'O. descrive un caso di parkinsonismo con crisi gravi e quotidiane di torsione oculo-cefalica e con sintomi clinici ed umorali di neuro-lue migliorato molto colla malario-terapia.

Ne discute l'eziologia in rapporto con l'affezione neuro-luetica.

MOTTA R. — *Le modificazioni della mucosa nasale nella simpaticectomia cervicale.* — L'O. ha voluto osservare il comportamento delle cavità nasali dopo l'asportazione del simpatico cervicale nei conigli molto giovani (di 24 giorni circa di età). Dalle sue esperienze risulta che, in seguito alla simpaticectomia unilaterale, la mucosa nasale presenta in primo tempo (dopo 18 ore) vasodilatazione dal lato operato, se si è asportato pure il ganglio superiore: successivamente si nota soltanto un minore sviluppo del complesso sinusale omolaterale.

Dopo 28 giorni dalla contemporanea asportazione del simpatico cervicale d'ambo i lati, si osserva che la mucosa da un lato è tomentosa, con vasi beanti, mentre dall'altro è ischemica, contratta.

SANTORO A. — *La radiumterapia nei fibromi naso-faringei.* — L'O. descrive con dettaglio la tecnica radiumterapica personale che gli ha dato la guarigione permanente (da 2 anni) in due casi di recidive operatorie e le cui condizioni locali e generali erano molto gravi. La tecnica personale consiste nella introduzione di tubi di radio, contenute in sonda di gomma ametallica, del tenore di 10 mm.Rae ciascuno, sotto filtro di 2 mm.Pt., nell'interno della fossa nasale corrispondente alla sede del tumore, o se impossibile, in quella opposta. Il numero dei tubi varia a seconda della lunghezza della fossa nasale (1 o 2), o della possibilità di penetrare in essa. La durata della irradiazione varia da 8 a 11 giorni, somministrando 20 a 30 m.c.d., fino al raggiungimento della dose eritema, che si manifesta con la formazione di placche bianche sulla mucosa del palato e della lingua.

DE-TONI G. — *I movimenti pendolari dei bulbi oculari nei bambini.*

DEL DUCA U. — *Patogenesi delle emorragie retiniche nell'anemia perniciosa.*

GANDINI M. — *La reazione di Takara-Ara sul liquido cefalo-rachidiano in otologia.* — L'O. mette in rilievo la utilità della R. di Takara-Ara anche nel campo dell'otologia: essa permette infatti di poter avere con una certa rapidità un elemento

prezioso per un rapido diagnostico di una forma meningea o di una metaluetica.

RAVÀ G. — *Osservazioni intorno alla deviazione oculocefalica cosidetta paralitica da lesione di un emisfero cerebrale.* — L'O. nota che la d. o. c. determinata da lesione di un emisfero cerebrale, può essere prodotta da meccanismi diversi: ma sostiene che, in molti casi, se il malato guarda il proprio focolaio cerebrale, è prodotta dal reflesso sensoriale visivo dal lato sano, non più controbilanciato da quello del lato malato, colto da emianopsia omonima laterale.

La d. o. c. determinata da emianopsia avrebbe, secondo l'O. alcuni caratteri che servirebbero a sospettarla e forse decisamente a riconoscerla.

LUNEDEI A. — *La sintomatologia oculare, auricolare e cerebrale dell'ipertensione essenziale.*

PAGANI M. — *Papilla da stasi e meningite sierosa.* — L'O. si domanda se il decorso della papilla da stasi nella meningite sierosa abbia caratteristiche sue proprie sì da renderla patognomonica per la diagnosi differenziale con altre forme cerebrali.

TIRELLI C. — *Di un segno oftalmoscopico e del turbamento della pressione arteriosa retinica nei commozionati cerebrali.*

SPINELLI F. — *Pressione arteriosa retinica in rapporto all'ipertensione endocranica e suo comportamento in seguito a rachicentesi.* — L'O. mette in rilievo, concordando con molti AA. stranieri, l'importanza del valore diagnostico della P. A. R. nelle ipertensioni endocraniche. Ha inoltre potuto rilevare, con delle grafiche, il differente comportamento della P. A. R. prima e dopo la rachicentesi nell'ipertensione endocranica sia da tumori cerebri che da meningite sierosa.

COCCHI A. — *Contributo clinico allo studio della vertigine nei traumi cranici.* — L'O. riferisce una cinquantina di osservazioni di traumi cranici chiusi nelle quali la vertigine voltaica provocata con la corrente galvanica, quando è di origine centrale. È stata trovata persistente anche dopo 3 o 4 anni dal trauma. Ne deduce l'importanza medico-legale nella infortunistica per l'accertamento delle lesioni a carattere permanente.

DE MEO E. — *Contributo clinico allo studio dei disturbi visivi nelle sindromi commozionali tardive.* — L'O. ha riscontrato disturbi visivi diversi in 18 casi di sindromi commozionali tardive, per traumatismi chiusi e aperti del cranio. I disturbi sono studiati dall'O. e valutati anche dal punto di vista medico-legale. I malati presentavano tutti anche alterazioni uditive, vestibolari, neurologiche e psichiche che l'O. descrive.

TULLIO P. — *Eccitazione neuro-muscolare mediante campi elettrici variabili e sue applicazioni.* — L'O. riferisce alcune sue esperienze ed osservazioni sull'eccitazione neuro-muscolare mediante campi elettrici variabili, dalle quali scaturiscono concetti di pratica applicazione specie nei riguardi dell'educazione acustica dei sordomuti.

PALMIERI e PALTRINIERI. — *Contributo all'influenza delle irradiazioni sul sistema nervoso vegetativo: osservazioni cliniche di anomalie di distribuzione del pigmento cutaneo a distanza.*

PISANI V. — *Considerazioni sulla sindrome del lobo frontale (4 casi con reperto completo e con esame anatomico).*

DE NIGRIS G. — *Sulla neurite retrobulbare di Kennedy nella diagnosi dei tumori frontali.*

GIORDANO G. — *Gliomi retinici trattati con Roentgenterapia.*

LUPO M. — *L'esplorazione delle fosse cerebrali posteriori colle proiezioni vertico-occipitali.*

BOIDI-TROTTI G. — *Sopra una modalità peculiare del pneumoencefalo traumatico.*

CARANDO Q. — *Risultato a distanza ottenuto colla Radiumterapia in un caso di metastasi della fossa media da carcinoma mammario.*

MORSELLI E. — *Su di una sindrome a focolaio dei nervi della base.*

PORTA V. — *Considerazioni su di un caso di tumore pontino.*

BERTOLOTTI M. — *Sui tumori del nervo acustico: reperti radiologici a distanza dell'intervento chirurgico.*

ALESSANDRI R. — *Diminuzione dell'emorragia venosa durante le operazioni endocraniche coll'ipopressione e coll'inalazione di anidride carbonica.* — L'O. descrive l'azione che la respirazione di aria rarefatta ha nel determinare l'emostasi venosa indiretta nelle vene del cranio e del cervello. Per alcuni inconvenienti osservati nell'applicazione pratica specie per l'abbassamento della pressione arteriosa, l'O. ha dato la preferenza alla inalazione di anidride carbonica per lo stesso scopo e con gli stessi risultati.

BESTA C. — *La roentgenterapia nelle malattie organiche del sistema nervoso.*

FASIANI G. M. — *Sulla posizione del malato per interventi nella fossa cerebellare.*

FUMAROLA G. e ENDERLE C. — *La diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale.* — Gli OO. precisano i criteri clinici e radiologici che possono giovare alla diagnosi dei tumori extradurali del midollo spinale. Questi criteri sono:

clinicamente: violenza estrema ed estensione notevole dei dolori radicolari, scarsa entità dei segni di compressione del midollo spinale, dolorabilità alla pressione delle apofisi spinose corrispondenti alla sede della lesione;

radiologicamente: aspetto dell'ombra del Lipiodol a « berretto frigio » in una proiezione, triangolo rovesciato (con base in alto) nella proiezione ortogonale alla prima; inoltre, differenza fra i diametri dell'ombra nelle due proiezioni.

PALMIERI G. G. e LASCHI G. — *Osservazioni radiologiche sulle deviazioni metameriche del rachide di origine nervosa (riflessa) nelle affezioni viscerali.* — Gli OO. si soffermano su di una particolare forma di deviazione rachidea, che si presenta di solito nella colecistite o nelle affezioni digestive croniche dell'addome destro, e che consiste in una leggera scoliosi lombare concava dallo stesso lato, accompagnata da rotazione dei corpi vertebrali nel senso opposto, tale per cui la linea delle apofisi spinose può rimanere in asse e l'alterazione sfuggire quindi all'indagine clinica.

BOSCHI G. e BARISON F. — *Tumori della regione cranio-faringea e sintomatologia di fossa cranica posteriore.* — Gli OO. descrivono un caso di epitelioma del rinofaringe, diagnosticato per via neurologica e controllato istologicamente. Clinicamente si manifestò con turbe auricolari e trisma.

In un secondo caso una iperplasia della mucosa faringea, diede spiegazioni delle turbe auricolari equivoche fra apparato di trasmissione e apparato di recezione (Weber controlateralizzato e Rinne negativo: d'altra parte paracusie a tonalità bassa).

SALOTTI. — *Sulla diagnosi radiologica di mastoidite.* — L'esame radiologico della mastoide, per il quale sono state proposte varie proiezioni, deve, secondo l'O., prendere in considerazione oltre le asimmetrie, le malformazioni congenite e la variabilità di aspetto e opacità della apofisi mastoidea ed un altro elemento che riguarda lo spessore della mastoide e conseguentemente la necessità di proiezioni ortogonali. E ciò per eludere l'eventuale errore di interpretazione derivabile dalla sovrapposizione dell'ombra di due o più cellule mastoidee, o di due o più setti.

Non di rado infatti il sovrapporsi, specialmente alla base, di alcune cellule mastoidee può farci sospettare un'alterata struttura scheletrica o non rilevare qualche cellula opacata. Per tale fatto l'O. usa per le mastoidi tre proiezioni e cioè: quella obliqua di Rhese, quella di Crespellani, e la assiale, valendosi molto del confronto con il lato opposto. (Dimostrazione con radiogrammi).

BOLLINI V. — *Considerazioni sulla semeiotica radiologica della mastoide.* — L'O. riferisce che nell'indagine radiologica della mastoide bisogna valutare fattori anatomici e strutturali che talora possono trarre in errore sulla valutazione del reperto radiografico.

PUCCINELLI V. — *Alcuni risultati della collaborazione terapeutica radio-chirurgica.* — L'O. riferisce alcuni casi di tumori maligni nei quali è stato praticato contemporaneamente, in vario modo, il trattamento chirurgico e quello radioterapico. Ha osservato una percentuale quasi nulla di recidive locali e crede che la collaborazione terapeutica radio-chirurgica è in grado di migliorare i risultati del trattamento di molti tumori maligni.

SERRA A. — *Considerazioni su 19 casi di tumore del midollo spinale (operati).*

SALVATORI G. B. — *Sopra un caso di emicraniosi del Brissaud.*

APRILE V. — *Schizofrenia a seguito di antroatticotomia destra in individuo a costituzione schizoide.*

ATELLA M. — *Contributo radiologico alle dilatazioni congenite dell'esofago.*

BRONZINI A. — *Dimostrazioni radiografiche dello scarico del « liquor » attraverso la mucosa nasale.*

MASCHERPA F. — *Ulteriori osservazioni sui riscontri rivelabili con lo studio radiologico sistematico dei traumatismi cranici.*

BOSCHI G., GHEDINI A., BARISON F. — *Caratteri sintomatici della paralisi progressiva traumatica con complicanza chirurgica.* — Caso di paralisi progressiva i cui primi sintomi cominciarono immediatamente dopo un trauma. Gli OO. richiamano l'attenzione sul fatto che il corto circuito diagnostico (trauma-turbe psichiche) suggerì al chirurgo una craniectomia che i fatti clinici successivi dimostrarono non aver avuto indicazione e che dati neurologici allora effettivamente esistenti controindicavano. Gli OO. credono di poter attribuire alla paralisi progressiva traumatica una caratteristica sintomatologia propria, consistente in accessi epilettiformi jacksoniani controlaterali, segni piramidali controlaterali, decorso tumultuario, con polinucleosi nel liquor all'inizio della forma.

CANTELE P. G. — *Paralisi labio-glossolaringea con lesioni dell'VIII paio in due fratelli.*

ENDERLE C. — *Neurite dell'ulnare tardiva da schegge di vetro ritenute 24 anni, dimostrate radiograficamente e guarita operatoriamente.*

MEDEA E. — *Il valore pratico della radiologia in neurologia.* — L'O. ribadisce la indissolubilità clinico-diagnostica dell'esame anamnestico da quello radiologico. Una valutazione unilaterale ed assoluta dei reperti radiografici — pur tanto utili — può talvolta condurre, facendo trascurare i dati anamnestici, ed obbiettivi, a gravi errori diagnostici. A tal proposito l'O. riferisce due casi assai dimostrativi nei quali si potè comprovare all'autopsia l'errore diagnostico, emesso in base al reperto radiografico.

SEGUINI A. — *Lesioni dell'ottico nella craniosinostosi patologica. Importanza dell'esame radiografico e rinologico.* — L'O. riporta la storia clinica, corredata da radiografie e fotografie di 5 pazienti affetti da craniosinostosi patologica con gravi lesioni del nervo ottico.

L'O. mette in evidenza la contemporanea esistenza di vegetazioni adenoidee nel rino-faringe ed il rapido miglioramento dei soggetti in seguito all'adeguato intervento chirurgico.

VERZELLA M. — *Intorno a un caso di amaurosi isterica.*

VERCELLI G. e FERRERO V. — *Localizzazione ventricolografica di un tumore del polo frontale sinistro.*

FILIPPI-GABARDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Ospedale Civile Umberto I - Montecosaro (Macerata).

Su di un caso di sindrome entero-renale.

Dott. MANLIO BIANCHEDI, direttore interino.

Il caso che presento credo possa interessare il medico pratico e perciò più che ad un esame analitico di esso, mi limiterò ad una semplice esposizione dei fatti come alla mia osservazione si sono presentati.

Chiamato al letto di una paziente questa mi narra che da circa tre giorni ha vago senso di malessere generale, alvo diarroico, mentre abitualmente è stitica.

Esaminatala, trovo la lingua impaniata, sporca, l'alito di cattivo odore, l'addome trattabile, modicamente dolente però alla palpazione profonda dei quadranti inferiori. La minzione è normale. La temperatura è di circa 38°,5. Pensando che nella mia zona si sono verificati numerosi casi di infezione intestinale, ordino come terapia momentanea una purga.

Il mattino seguente trovo che la temperatura è salita a 39°,5, mentre la paziente accusa dolori in corrispondenza del colon trasverso, dolorosissimo anche ad una modica palpazione: i quadranti inferiori dell'addome non sono più dolenti; modico dolore si risveglia invece, anche alla palpazione profonda, in corrispondenza della zona appendicolare, ma senza alcuna difesa delle pareti. Il polso è ritmico con una frequenza in rapporto alla temperatura. La purga ha sortito l'effetto di tre scariche.

Nel pomeriggio dello stesso giorno vengo chiamato di urgenza: la paziente è in preda ad intensissimi brividi di freddo con temperatura salita a 41°,2 che dopo un paio di ore circa rimette con profusa sudorazione in seguito a somministrazione di una cartina di chinino. È possibile allora fare un esame più accurato dell'ammalata, dal quale si rileva che alla palpazione è dolente il rene sinistro, ed in forma più modica, gli annessi sia di destra che di sinistra. Interrogata, la paziente afferma di non aver mai avuto senso di bruciore durante e dopo la minzione, di avvertire solo un vago senso di tenesmo: la quantità di urina è pressochè normale. L'alvo si mantiene leggermente diarroico, e la temperatura è salita nuovamente a circa 39°.

A sera inoltrata insorge un senso di molestia all'ipocondrio destro, e trovo che l'addome è trattabile in tutti i suoi quadranti, che è scomparso totalmente il dolore in corrispondenza del rene sinistro, della zona appendicolare, del colon trasverso e degli annessi: dolente è soltanto un punto situato un po' più in basso e più all'esterno del punto cistico e che giudico trovarsi sulla proiezione dell'uretere di destra. Permane il senso di tenesmo dopo la minzione. Le urine sono di aspetto un po' torbido, ma la loro quantità è normale.

Già sin dal primo giorno ho consigliato l'esame completo delle urine che ha dato il seguente risultato:

Colore paglierino, aspetto torbido, deposito abbondante, reazione acida.

Peso specifico 1015, albumina 0,20 ‰, peptone assente, urea 14,10 ‰, acido urico 0,32 ‰, fosfati normali, cloruri 4 ‰, pigmenti biliari assenti, indacano assente, urobilina assente, diazoreazione di Ehrlich negativa, *muco pus presente*.

Esame microscopico del sedimento: cellule pavimentose, alcuni elementi dei bacinetti, corpuscoli bianchi in discreto numero, qualche eritrocito, cilindri assenti.

Ciò che interessa di tale reperto è il fatto della presenza di « alcuni elementi dei bacinetti » e del « muco pus », che stanno appunto a parlarci di un fatto renale e di un processo infiammatorio vescicale.

Data la vaghezza, l'insorgenza e la instabilità dei dolori, non era possibile in un primo tempo stabilire una diagnosi certa ed una terapia specifica e si è perciò dovuto accontentarsi di una terapia sintomatica; quando però in seguito si è stabilizzata la sintomatologia renale e vescicale, si è chiarito il caso che può inquadrarsi fra le « sindromi entero-renali ».

Fu Heitz-Boyer che per primo nel 1919 descrivendone un caso, chiarì tale sindrome, che appunto da lui fu denominata «entero-renale».

Per ciò che riguarda il nostro caso, la genesi è prettamente intestinale, ed il passaggio del colibacillo attraverso le pareti intestinali è stato favorito dalla colite che ha potuto così cagionare un aumento del microbismo intestinale provocando anche un modico risentimento appendicolare.

Stabilita così la genesi e la diagnosi, per la terapia rimando il lettore all'articolo del Baraduc comparso il 16 aprile 1932 in « Paris Médical » e recensito anche nel « Policlinico », Sezione pratica.

In sintesi, tale terapia, prevalentemente idrominerale, va determinata dopo aver riconosciuti, oltre la sindrome intestinale, quei fattori che possono favorirla, mantenerla, aggravarla.

Secondo Baraduc, tali fattori sono intestinali, urinari, umorali: nel nostro caso il fattore intestinale è rappresentato, come si è visto, della colite; quindi avremo di mira il processo intestinale e contemporaneamente la lesione del bacinetto ed il processo infiammatorio della vescica.

Partendo da questi principii, dopo tre giorni di cura si è potuto constatare come le condizioni generali della paziente siano grandemente migliorate e la temperatura scesa ad un

minimo di 36°,5 con un massimo serotino di 37° appena.

RIASSUNTO.

L'Autore riferisce un caso di sindrome entero-renale, e consiglia di basare la terapia su cure idrominerali dopo aver bene individuato quei fattori che oltre a scatenare la sindrome potrebbero mantenerla ed aggravarla.

MEDICINA SCIENTIFICA

Influenza di ghiandole endocrine fetali sull'attività motoria dell'utero.

Numerose osservazioni sperimentali e cliniche hanno ormai dimostrato da tempo l'attività in vario modo esplicata dalle ghiandole endocrine adulte sui vari momenti della vita sessuale della donna, ed il diffondersi dei moderni concetti della endocrinologia sperimentale ha esteso infine una tale ricerca anche alle modificazioni dell'attività contrattile del muscolo uterino. È perciò che accanto alle molteplici teorie che tendono a dare una spiegazione ad un problema tanto suggestivo quale è quello del determinismo del parto, è sorta una teoria umorale, che tende a dare sempre maggiore importanza nel determinismo stesso a tutte quelle modificazioni che caratterizzano l'equilibrio endocrino della gestazione. Se da una parte numerose sono le ricerche tendenti a stabilire le profonde alterazioni anatomo-funzionali di quasi tutte le ghiandole sanguigne durante la gravidanza, pochissimi sono i lavori intesi a chiarire quale sia il ruolo che viene a coprire l'elettività secretiva di organi endocrini fetali nel meccanismo meraviglioso e così complesso della gestazione e del parto. È nell'intento di contribuire alla soluzione di questo appassionante problema che E. Crispolti (*Riv. ital. di ginecol.*, marzo 1932) ha studiato l'influenza di ghiandole endocrine fetali (umane e vaccine) sulla cinesi uterina della cavia, usando a tale scopo il metodo grafico con il chimografo di Pentimalli. Dall'insieme delle sue esperienze egli conclude che gli estratti freschi di ghiandole endocrine fetali hanno un'azione varia e ben dimostrabile sulla cinesi uterina degli animali da esperimento.

Gli estratti ipofisari e di ghiandole sessuali determinano una maggiore attività contrattile con aumenti notevoli di tono del muscolo uterino, se a piccole dosi; a dosi più elevate hanno invece azione inibente. Gli estratti tiroidei e di milza regolarizzano il ritmo di contrazione, mentre è molto accentuata l'azione inibitrice ed ipertonizzante degli estratti pancreatici anche con dosi minime. Non è dimostrabile un'attività degli estratti di surrenale e di timo.

Questi dati sperimentali portano l'A. a concludere che può dichiararsi logica e fondata la supposizione che i principii attivi, variamente contenuti nelle ghiandole endocrine fetali, abbiano una notevole importanza nell'insieme complesso dei fattori che suscitano e regolano la cinesi uterina durante la gestazione.

G. LA CAVA.

CASISTICA E TERAPIA.

Discussione sul dolore riferito.

Questa discussione fu fatta nel giugno 1932 alla Sezione di Laringologia e di Otologia della R. Society of Medecine (*Proceedings of the R. Soc. of Medec.*, ottobre 1932).

Secondo E. Watson-Williams il dolore all'orecchio, se accompagnato da otorrea, non dà luogo a discussione, mentre se questo sintomo non l'accompagna si può avere dolore all'orecchio nell'artrite temporomandibolare, negli orecchioni, nell'*herpes oticus*, alla nevrite auricolare. In ogni caso bisogna esaminare attentamente la bocca, il naso, il faringe, il laringe. La carie dentaria spesso dà dolori riferiti all'orecchio, come pure i corpi estranei, la tubercolosi del laringe, i fibromi nasofaringei, i calcoli tonsillari, le ulcere di Vincent mascherate dai pilastri delle fauci, il cancro della lingua, della tonsilla, del faringe, del laringe, la sinusite sfenoidale, la meningite, l'aneurisma del circolo di Willis e dell'arteria basilare.

A quest'elenco di malattie L. Colledge ha aggiunto altri dolori riferiti: la suppurazione dell'antro che dà dolore al seno frontale (già osservato da Hunter) e riferisce le osservazioni di A. Grey sul dolore alle gengive nell'otite media, quella di Dundas-Grant sul dolore all'orecchio da malattia della ghiandola sottomascellare e parla anche di dolore all'orecchio da neurosi isterica.

Tutti questi dolori si spiegano ammettendo che il campo di queste zone colpite è dominato dal ganglio genicolato, a cui giungono fibre sensitive dalla mucosa del palato e del naso attraverso il ganglio palatino e il gran petroso superficiale, dal facciale attraverso la branca auricolare del vago. Nella laringite tubercolare il dolore si provocherebbe attraverso il ramo laringeo super. del vago, nella adenite sottomascellare attraverso dall'unione del n. linguale alla corda del timpano.

Poichè il dolore è percepito nel talamo e analizzato dalla corteccia, ci si deve domandare come mai la corteccia commette quest'errore di riferimento dell'origine del dolore. Probabilmente questo succede perchè, quando il dolore proviene da una zona che non è sede frequente di impulsi afferenti, questi vengono più facilmente riferiti dalla corteccia ad un'area più familiare per l'apprezzamento di impressioni e sensazioni dolorose.

Su questo « errore della corteccia » non è

della medesima opinione P. Watson-Williams, secondo il quale la corteccia non c'entra, perchè si può attenuare il dolore all'orecchio da tonsillite acuta o da ascesso peritonsillare semplicemente comprimendo sul trago, mentre l'opinione di Watson-Williams è approvata da F. C. Ormerod.

C. de Gibb ha ricordato tre casi personali di dolore ad un seno frontale mentre c'era una suppurazione dell'antro dell'opposto lato, quindi a volte le cognizioni anatomiche non spiegano chiaramente il dolore riferito.

R. LUSENA.

Dolori articolari reumatoidi da terapia salvarsanica.

Una giovane donna di recente colpita da infezione luetica viene sottoposta a trattamento salvarsanico. Dopo un primo periodo di somministrazione del rimedio, privo di inconvenienti, la seconda iniezione di neosalvarsan della ripresa terapeutica segna l'insorgenza di dolori localizzati a due articolazioni, esacerbantisi nella notte, accompagnati da lieve febbre, fenomeni tutti che cessano soltanto quando si interrompe la cura arsenobenzolica (Rodin: *Wien. Klin. Woch.*, 10 giugno 1932).

Pare che la patogenesi di tale incidente terapeutico debba riferirsi ad una vera intossicazione da salvarsan, che si manifesta con un quadro anafilattoide (cioè nel senso di un « esantema da medicinali a sede extracutanea »). La sostituzione di un preparato analogo a più lento assorbimento (miosalvarsan) evita infatti il ripetersi del fenomeno.

Non è privo di interesse un altro caso, ricordato dall'A., riferentisi ad un uomo in cui poche ore dopo ogni iniezione di Neosalvarsan insorgevano dolori all'articolazione della spalla, sempre dal lato in cui era stata praticata l'iniezione. Tale caso è probabilmente da riferire a un fenomeno di autosuggestione.

Di contro a tali casi di artralgie da salvarsan, l'A. riferisce un tipico esempio di poliartrite luetica secondaria con tumefazione delle articolazioni, dolori e febbre, la quale cede ad una adatta terapia salvarsanica.

Interessante è infine un altro caso di un paziente affetto da un sifiloma iniziale del labbro, il quale presenta, nel corso di una terapia bismutica, una viva eruzione esantematica estesa al viso, e la comparsa di una paralisi monolaterale del facciale, contemporaneamente ad una mialgia intercostale e delle gambe. Tutti questi fatti scompaiono sotto l'azione di una serie di iniezioni di Myosalvarsan. La paresi può interpretarsi come dovuta ad una tumefazione periostitica del canale osseo del facciale.

PUDDU.

Diagnosi e terapia della sciatica.

H. Curschmann (*Münch. Med. Wochenschr.* 1932, n. 45) rileva che è necessario distinguere la sciatica vera, cioè la nevrite del nervo sciatico, dalla « pseudosciatica »: gruppo che riunisce in sè affezioni svariate, rappresentate principalmente da stati reumatici dei muscoli lombari o della coscia, ma che non raramente sono la conseguenza di osteoartropatie delle vertebre, di malattie dell'anca, di tumori primitivi o secondari delle vertebre, del sacro o del bacino, di vera spondilite, di fratture non riconosciute, ecc. Anche le malattie del ricambio, in primo luogo la gotta e più ancora il diabete, possono determinare sia la vera sciatica che la « pseudosciatica »: si tratta in alcuni casi di forme di « prediabete », in cui l'urina non contiene zucchero ma si ha una iperglicemia a digiuno che supera i 150 mg%. I sintomi più importanti che permettono di differenziare la sciatica dalla pseudosciatica sono il segno di Lasègue e il comportamento del riflesso achilleo. Se dal lato dell'ischialgia il riflesso achilleo manca od è decisamente e durevolmente indebolito in confronto del lato sano, si tratta sicuramente di una vera sciatica e non di pseudosciatica. Importanti per la diagnosi sono anche i fenomeni di deficit sensitivo: predominano per frequenza le ipoestesie ben delimitate in corrispondenza del territorio del N. *cutaneus surae lateralis.* La diagnosi di sciatica viene talvolta facilitata dall'esistenza di fenomeni irritativi motori, specialmente spasmi spontanei dei muscoli del polpaccio.

In tutti i casi di sciatica si deve ricorrere alla cura medica, usando gli antinevralgici del gruppo dell'antipirina, dell'acido salicilico, dell'atophan; astenersi dalla morfina in questa malattia lunga e che può recidivare.

Molto utile è la Röntgenterapia: i fenomeni reattivi locali che essa determina nei casi favorevoli, provocano una temporanea esacerbazione dei fenomeni dolorosi. Quanto più è recente il caso, tanto più è tumultuosa la reazione dolorosa, ma anche tanto migliore la prognosi. È necessario avvertire il paziente del peggioramento apparente che seguirà alla irradiazione, si attenueranno i dolori esacerbati con energici antinevralgici. La dose è di 70-80 % H.E.D., sopra e vicino al sacro e le vertebre lombari inferiori: campo di irradiazione di 10 volte 15 cm. Con la stessa dose si irradiano i punti dolorosi, spontanei o alla pressione. Lo stesso campo si irradierà di nuovo, in caso di necessità, solo dopo un periodo di riposo di 4 settimane. Risultati meno buoni dà la Röntgenterapia nei casi già sottoposti ad iniezioni endoneurali.

POLLITZER.

Formulario.

Nella congiuntivite subacuta.

Boussi (*Journ. de méd. de Paris*) consiglia:

Resorcina	cg. 5
Sol. di adrenalina all'1‰	gocce XV
Novocaina	cg. 15
Acqua di rose	g. 10

Una goccia in ogni occhio, mattina e sera, per 10-15 giorni. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Il miglior modo di mettere in evidenza il bacillo tubercolare.

Col metodo microscopico si riesce a mettere in evidenza i bacilli tubercolari soltanto quando si trovano nella proporzione di 10.000-100.000 per cmc., mentre col metodo delle culture e delle inoculazioni in animali vi si riesce quando vi si trovano da 1 a 10 per cmc. D'altra parte si deve però considerare che i bacilli morti rivelati con l'esame microscopico, non lo sono con gli altri metodi e che i mezzi usati per uccidere i germi estranei (acido solforico, antiformina) danneggiano altresì anche un certo numero di bacilli tubercolari.

Per la colorazione, è consigliabile il fare anzitutto uno striscio spesso e di usare non già lo Ziehl-Neelsen, in cui il blu di metilene può nascondere i bacilli, ma bensì la colorazione di contrasto con acido picrico.

Per le culture, il terreno di Petrof non è il migliore; sono preferibili quelli di Dorset, Löwenstein, Lubenau.

Per l'inoculazione in cavia, il metodo più sensibile è quello di inoculare il materiale senza alcun trattamento. Si corre il pericolo di uccidere l'animale a causa dei germi estranei. È consigliabile l'inoculazione alla coscia (non nel peritoneo) da farsi in due cavie, previa prova alla tubercolina, per evitare la possibilità di infezione spontanea.

(E. de Carvalho. *Zeit. f. Tuberkulose*, febbr. 1932). *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro l'adenoidismo in Italia.

A. M. Cayrel esamina, in un articolo pubblicato in *Paris Médical* (8 ottobre 1932) i provvedimenti presi dal Governo Fascista per la lotta contro l'adenoidismo.

L'A. premette che il Governo Fascista, dopo conquistato il potere, ha iniziato un'opera di ricostruzione, di revisione, di adattamento, rispetto alle più importanti esigenze della vita moderna. Fra queste preoccupazioni si può dire che l'igiene sociale e particolarmente quell'insieme che si designa sotto il nome di « Politica di assistenza dell'Italia Fascista », è stata in primo piano ed ha dato in pochi anni una messe di successi incomparabili.

L'infanzia, più specialmente, è considerata, in questo vasto programma, in quanto materia più malleabile sulla quale l'impronta politico-sociale e l'igiene generale deve essere più profondamente marcata, per ottenere al massimo nelle generazioni future la coscienza nuova e l'impronta speciale dell'Italia moderna.

Non si può che ammirare, dice l'A., la grandiosa organizzazione che fa ritornare, l'estate, nelle colonie di vacanza della penisola, migliaia di piccoli Italiani, sparsi in tutto il mondo, che passano monti ed oceani per venire a giocare e a cantare alcune settimane sulla terra natale, che, senza di ciò, molti di essi non conoscerebbero mai. Aumentare la popolazione, fortificare la razza con tutti i mezzi fisici e morali, costituisce dunque uno dei cardini della assistenza igienico-sociale Fascista.

Messo in evidenza l'importanza che in Italia si dà all'adenodismo, concepito come una vera malattia sociale, a carattere costituzionale endocrinopatico, l'A. si diffonde sulla illustrazione della terapia inalatoria collettiva ottenuta con la nebbia salso-bromo-jodica, così come viene praticata in grande stile nell'Istituto per il trattamento dell'adenoidismo di Napoli.

Dopo aver discusso l'azione della terapia inalatoria ed averne messo in evidenza l'efficacia, l'A. così conclude: « Sembra dunque che l'iniziativa dello Stato, che nell'Italia attuale ha un potere incomparabile di stimolazione delle energie e di esecuzione rapida, in favore della lotta contro l'adenoidismo, malattia sociale, abbia già avuto ed avrà ancora buoni risultati. C. TOSCANO.

VARIA.

Possono i soggetti con inversione viscerale totale considerarsi funzionalmente normali?

T. Gay (*Rivista di Clinica Medica*, 15 marzo 1932) rileva che la frequenza della trasposizione laterale totale dei visceri oscilla fra 0,3-0.7‰. La grande maggioranza degli AA. la considera come compatibile con una vita lunga ed operosa e con l'esercizio pieno ed assoluto di tutte le funzioni, e così è considerata l'eterotassia nel Regolamento Militare per l'arruolamento, che non l'ammette fra le cause di inabilità, e nella medicina legale, che l'accetta come concausa solo se accompagnata da malformazioni che pregiudicano la salute. Soltanto Hoffmann e Kalisco le danno un valore fra le concause anatomiche.

Negli eterotassici la morbilità è notevole (62,5 %), ed è forte sopra tutto la percentuale delle cardiopatie congenite e acquisite (43,8 %). C'è inoltre tendenza a minore sviluppo somatico e durata media della vita minore. Per questo è giusto farsi la domanda che s'è posto il Gay. R. LUSENA.

In quale ora si muore?

Da una studio di W. Fischer (*Münch. med. Wochens.*, 2 settembre 1932) su 3769 casi di morte nelle cliniche medica e chirurgica di Rostak, risulta che la massima frequenza delle morti si ha fra le 3 e le 6 del mattino, verso il mezzogiorno e fra le 20 e le 23.

Le curve decorrono quasi uguali per ambo i sessi. Per entrambi, si ha un minimo alle 24 ed un altro alle 11 ed alle 21. La differenza fra il massimo ed il minimo raggiunge il 45 %. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Dannose esagerazioni del formalismo nei concorsi.

A queste osservazioni dà occasione un caso molto significativo, che mi è noto compiutamente per averlo esaminato nell'esercizio della mia attività professionale.

Erano dieci i concorrenti: uno rinunziò alla partecipazione al concorso; *sette* furono esclusi dalla commissione per pretese irregolarità formali (difetti di legalizzazione e altri motivi, alcuni dei quali meno seri); il Comune fu costretto a scegliere uno dei due concorrenti superstiti e un commissario nominò il genero del Podestà.

Non dico che questi eccessi siano frequenti; ma il fatto delle esclusioni, per irregolarità formali della documentazione, è, purtroppo, quasi normale.

È anche certo il danno che ne deriva al concorrente escluso e alla pubblica amministrazione, perchè la eliminazione non è effetto di selezione, e di scelta dei più idonei, ma dipende da circostanze formali.

Si ritiene generalmente che sia questa una necessità dell'ordinamento giuridico dei concorsi. Ma non è così o, almeno, si esagera. Circoscrivo l'esame alla nomina dei sanitari condotti e dei medici-chirurghi degli ospedali. Scopo del concorso è, certamente, la scelta del più idoneo tra i possibili aspiranti; stabilite certe condizioni necessarie, in ogni caso, per l'ammissione alla gara, deve essere favorita la più larga partecipazione al concorso. Questa esigenza è ovvia. Ma è da considerarne un'altra: gli atti del procedimento devono compiersi entro certi limiti di tempo, con forme determinate e in condizioni uniformi per tutti.

Se un documento non è esibito nel termine stabilito, non è ammissibile che sia prodotto più tardi; si violerebbero la norma regolatrice del termine e la condizione di uguaglianza. E se quel documento è *necessario* per l'ammissione al concorso, la conseguenza della esclusione è inevitabile, purchè però il fatto o il requisito che con quell'atto si vuole accertare non risulti da *atti equivalenti*. Alla forma non si deve sacrificare la sostanza: interessa l'accertamento di un requisito, di una condizione e se quello e questa risultino, ne sono irrilevanti il modo e la forma. La giurisprudenza ha ammesso la efficacia degli atti equipollenti: si deve procedere, si intende, con cautela; ma senza esagerazioni formalistiche.

Qualche difficoltà poteva presentare la prova del titolo professionale, perchè l'art. 27 del reg. 19 luglio 1906 n. 466 richiede espressamente che sia esibito il diploma originale o una copia notarile; ma la difficoltà è stata da tempo superata e anche recentemente la V sezione del Consiglio di Stato ha osservato che la disposizione dell'art. 27 non può avere efficacia perentoria in senso assoluto: per giustificati motivi l'obbligo imposto dal regolamento si può considerare adempiuto anche se manchi l'originale o la copia, purchè risulti in modo certo che il concorrente ha conseguito il diploma (decisione 22 maggio 1932 n. 271). In quel caso, il concorrente aveva esibito: *a*) certificato dei voti riportati negli esami di laurea; *b*) attestazione del servizio di medico condotto prestato nel medesimo comune che provvedeva al concorso; *c*) certificato di nomina al posto di ufficiale sanitario di altro comune; *d*) attestato di iscrizione nell'albo.

Ce n'era abbastanza per accertare la condizione della laurea.

***

Ammesso il principio della *prova equivalente*, con mezzi diversi da quelli prescritti, le applicazioni concrete non sono astrattamente limitate: purchè, si intende, l'atto formalmente valido sia fonte di prova certa.

Da questo punto di vista è da segnalare una risoluzione recente della IV sezione del Consiglio di Stato: 24 giugno 1932, n. 232. Si trattava di un concorso per il quale era richiesta da ordinanza ministeriale la prova della prestazione attuale di un determinato servizio, risultante da certificato di data contemporanea al concorso. Uno dei concorrenti produsse il documento richiesto, ma non corrispondeva alla condizione dell'accertamento *attuale*. Il Ministero della Educazione nazionale lo ritenne insufficiente. Il Consiglio di Stato ha però osservato: « il giudizio del Ministero, per quanto sorretto da una precisa disposizione letteralmente applicata, nella specie contrasterebbe con lo spirito della disposizione stessa, la quale è diretta unicamente ad ottenere la prova sicura di un fatto, attraverso una formalità; il che non esclude che, in qualche singolo caso eccezionale, lo stesso scopo possa essere raggiunto in modo sicuro, senza sacrificare la sostanza alla forma; e questo, secondo l'avviso del Collegio, si è appunto verificato nella specie, in cui un documento, non formalmente perfetto, e non corrispondente alle esigenze, si

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

è potuto sostituire con altre risultanze scaturienti da elementi inequivocabili ».

Fin qui ho considerato la ipotesi della mancata produzione, alla quale non si può supplire che con mezzi equivalenti.

Ma un atto, esibito nel termine prescritto, può essere *formalmente* irregolare. Per es.: bollo insufficiente, difetto di legalizzazione.

L'atto non è giuridicamente inesistente nè deve essere sostanzialmente modificato o completato; ma è imperfetto per irregolarità estrinseca. È perciò irreparabilmente invalido e, se è necessario all'ammissione al concorso, è causa di esclusione?

Non vi sono disposizioni che stabiliscono la inevitabilità di questa conseguenza e vietino la regolarizzazione. Nei procedimenti giurisdizionali la quistione è superata: il ricorso e in genere l'atto irregolare per violazione della legge che ne regola il bollo non è improduttivo di effetti; il procedimento è sospeso, sia che l'atto non sia regolarizzato con bollo straordinario. Questa è regola non più discussa. Il ricorso scritto su carta non bollata o insufficiente non è inammissibile.

Non si comprende perchè lo stesso criterio logico non debba guidarci nel procedimento del concorso. È violata la condizione di uguaglianza? no, perchè la stessa regola vale per tutti.

La Commissione stabilisce un termine perentorio, entro il quale gli interessati devono regolarizzare l'atto. La V sezione del Consiglio di Stato, con decisione 12 dicembre 1931, numero 651, ha approvato questa risoluzione.

Si trattava di un concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario; un concorrente aveva esibito la copia di un atto di nascita non conforme alla legge sul bollo; la Commissione ne richiese la regolarizzazione e poi ammisse il concorrente. Il Consiglio di Stato ha dichiarato legittimo questo procedimento.

Se la Commissione *può*, non si deve intendere che questa sia una *facoltà* da esercitarsi quando la Commissione *voglia*: se così fosse sarebbe violato uno dei principii fondamentali dei concorsi, cioè la regola della uguaglianza. Ammessa la *possibilità*, è dichiarata la necessità di richiedere in tutti i casi identici o analoghi la regolarizzazione, cioè è riconosciuto l'obbligo di fare. La via è, dunque, aperta al buon senso e alla tutela di esigenze pratiche. Come per il bollo così è per la legalizzazione e le altre irregolarità strettamente formali. È preferibile che questa attività correttiva sia disciplinata con norme generali; ma l'ordinamento ora vigente non obbliga a sacrificare la sostanza alla forma, l'interesse dell'amministrazione e lo scopo del concorso a ristrette concezioni aridamente formalistiche.

Risposte a quesiti per questioni di massima.

96° *Dottor F. V.* — La giurisprudenza ormai costante ritiene che il servizio interinale non sia idoneo alla esenzione dal limite di età, salve, s'intende, diverse disposizioni del regolamento locale. La durata dell'interinato è irrilevante. Sarebbe invece sufficiente il servizio, anche breve, prestato sia pure in tempo remoto, per ufficio di titolare. La legge non stabilisce limiti di età: questi possono risultare dal regolamento locale o dal capitolato. Se non sono prescritti, nemmeno l'avviso del concorso può richiederli; se invece, un limite di età è stabilito dal capitolato o dal regolamento, la Commissione non può prescinderne anche se l'avviso non lo indichi.

Il giudizio della Commissione è atto preparatorio: contro di esso non si può, quindi, ricorrere prima della nomina, cioè del provvedimento definitivo. Notificato questo, l'interessato può agire contro la nomina anche per vizio della graduatoria, cioè del procedimento e del giudizio della Commissione. Se però la Commissione ha escluso un concorrente e il Podestà o il Presidente della Congregazione, a seconda dei casi, notifica all'escluso tale deliberazione, dimostrando così di farla propria, si può e si deve agire prima della nomina definitiva contro l'atto di esclusione, mediante ricorso al Consiglio di Stato nel termine di giorni 60.

97° *Dottor A. G.* — Dispone l'art. 29 del regolamento 19 luglio 1906 n. 446 che al medico condotto spetta un congedo annuale in uno o più periodi, della complessiva durata massima di un mese, e che, nel caso di malattia, non dipendente da causa di servizio, la durata del congedo potrà estendersi sino a tre mesi. È da ritenere che se il medico condotto abbia goduto del congedo straordinario per malattia, non abbia diritto al congedo ordinario, che si considera assorbito, salve diverse disposizioni del regolamento locale.

98° *Dott. S. D.* — Il Comune ha obbligo di condurre a termine il concorso. Può revocare l'avviso, qualora sopravvenga una *causa legittima* che giustifichi tale provvedimento. I concorrenti hanno diritto di ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale se la revoca è deliberata senza giusta causa. Se l'avviso del concorso fosse revocato, al fine del trasferimento di un medico condotto dalla frazione rurale al capoluogo, la legittimità del provvedimento sarebbe molto dubbia e discutibile. Se il capitolato non prevedesse il trasferimento da un'altra condotta nello stesso Comune, la causa serebbe illegittima.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acerenza (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; L. 5280 già ridotte del 12 %, 6 quadrienni dodicesimo, età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Arezzo. *RR. Spedali Riuniti di Santa Maria sopra i Ponti.* — A ore 18 del 28 feb.; medico primario; L. 12.000, 4 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a. al 1° dic.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10. Chiedere ann.

Brescia. *Spedali Civili.* — Scad. 15 gen.; aiuto Riparto chirurgia, id. Riparto oculistica, id. Istituto di anatomia e biologia patologica; L. 5500; 10 % onorari per i primi due posti; 20 % per il terzo posto, oltre L. 5000 indenn. c.-v.; età massima a. 35; tassa L. 50; doc. non anter. al 30 giu. Chiedere annunzio.

Busto Garolfo (*Milano*). — Scad. 31 dic.; lire 9000, con 5 quadrienni dec. oltre L. 500 bicicletta; riduz. 12 %; L. 1144 se uff. san.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

Capua (*Napoli*). — Scad. 22 dic.; pel Capoluogo e per S. Angelo in Formis; L. 9500 ciasc. e 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Castell'Azzara (*Grosseto*). — A tutto il 10 gen., 1ª condotta; L. 10.500 oltre L. 1000 se uff. san., L. 720 se c.-v.; cavalc. L. 1400; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 59,50.

Castel S. Pietro (*Bologna*). — Scad. 31 dic.; per Varignana; rivolgersi Segret. com.

Cervo (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo annue L. 7920, già decurtato del 12 %, oltre indennità di L. 3000 annuali per concorso nelle spese di mantenimento dell'autoveicolo, da provvedersi a spese del medico. Età massima anni 35, salve le eccezioni di legge. Lo stipendio-base sarà aumentato di un ventesimo per ogni biennio, e per dieci bienni. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 31 gennaio 1933. Per maggiori informazioni, rivolgersi alla Segreteria del Comune.

Fabriano (*Ancona*). *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di medico primario; stipendio iniziale L. 10.000, aumentabile di 10 bienni di 1/20 ciascuno; indennità per consulti a malati poveri fuori del Nosocomio L. 2000; 70 % sugli onorari per cura abbienti in ospedale; 50 % provento ambulatorio medico; 40 % incassi laboratorio chimico. Ritenute legge. Seguirà la nomina retribuita a direttore dell'ospedale. Documenti di rito: libera docenza in clinica o patologia medica o certificato di essere stato aiuto o assistente effettivo per almeno quattro anni in Clinica medico-universitaria o di un reparto medico di ospedale di almeno 300 letti. Pratica di laboratorio e di radiologia. Scadenza del concorso 31 gennaio 1933. Informazioni presso la Segreteria della Congregazione di Carità.

Fiume. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi del Carnaro. Stipendio iniziale lordo annuo lire 14.000, soggette alla riduzione del 12 %. Quattro aumenti quadriennali del decimo. Supplemento di servizio attivo L. 2000; caro-viveri come al personale dell'Amministrazione. Premi di operosità su analisi di interesse privato. Età dai 21 ai 35 anni, salvo eccezioni di legge. Scadenza ore dodici del 31 gennaio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione provinciale.

Lumellogno. — (Vedi Novara).

Mara (*Sassari*). — Proroga a tutto 31 dic.; v. fasc. 38.

Massa e Cozzile (*Pistoia*). — Scad. 10 feb.; lire 7000 e trienni ventesimo senza limitazioni, oltre L. 3000 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Noale (*Venezia*). — Scad. 15 gen.; rivolgersi Segreteria.

Novara. *Comune.* — Al 28 febbraio, per Lumellogno; L. 8000, oltre c.-v., L. 3500 trasp., L. 150 ambulat.; assegno L. 1000 ogni 500 poveri oltre il limite di 400; riduz. 12 %; casa d'abitazione nel concentrico del paese con affitto, ora, di L. 1125. Tassa L. 50.

Passignano sul Trasimeno (*Perugia*). — Scad. 31 dic.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 4000 cavalc.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Piglio (*Frosinone*). — Scad. 31 dic.; L. 10.000 oltre indenn. uff. san. e c.-v.; età lim. 40 a.

Pordenone (*Udine*). — Al 10 genn.; 2° reparto; L. 13.182 complessive lorde e 6 aumenti del decimo; tassa L. 50.

Roma. *Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra.* — Scad. 31 dic.; direttore sanitario amministrativo del Sanatorio Vittorio Emanuele III in Aspromonte; titoli; stip. L. 23.000, aumentabili di 5 decimi in 19 anni fino a L. 34.500, oltre a L. 7.000 di servizio attivo, aggiunta di famiglia. Le retribuzioni sono decurtate del 12 %. Vitto e alloggio nel Sanatorio. Domanda in carta da L. 5 indirizzata alle Sede Centrale (Roma, Piazza Adriana, Casa Madre del Mutilato). Età massima 50 a. Scad. a 3 mesi dal 20 nov. Chiedere annunzio.

S. Giuliano del Sannio (*Campobasso*). — Scad. 31 dic.; L. 6000; età lim. 45 a.

S. Lorenzo in Presteria (*Bolzano*). — Scad. 31 dic.; consorzio; L. 7500 e 5 quadrienni dec., c.-v. L. 1200, L. 3600 cavalc. o automob., L. 750 uff. san., alloggio in natura o indenn. di L. 2200; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Conoscenza lingua italiana.

Savona. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore nella Sezione Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio di L. 12.000 iniziali; Indennità serv. att. lire 2000; indennità caro-viveri nella misura e con le limitazioni stabilite per gli altri dipendenti della Provincia; il tutto ridotto del 12 per cento a norma di legge. Cinque aumenti triennali del decimo; compartecipazione sui proventi delle analisi per conto di privati. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza del concorso 4 febbraio 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia di Savona.

SURBO (*Lecce*). — Scad. 12 gen.; età lim. 45 a.; L. 8500 e 4 aumenti decimo.

TORINO. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 feb.; due medici capi sezione 2ª classe; L. 9600 oltre c.-v. in L. 3360 se celibi, L. 4094 se coniugati e L. 2000 serv. att.

TORRICELLA DEL PIZZO (*Cremona*). — Scad. 20 dic.: L. 11.500 residenza, addizion. L. 2,50 per ogni povero oltre il primo migliaio e fino a 2000, trasp. L. 1500, uff. san. L. 1000; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

TREVI (*Perugia*). — Al 15 gen., ore 19; 2ª condotta; L. 9000 e 5 sessenni dec., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp., L. 2100 serv. att.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 nov.; tassa L. 50,10.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 12.500. Indennità serv. att. L. 3000 più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Sei aumenti periodici del decimo. Riduzione 12 %. Divieto di libero esercizio professionale. Tassa concorso L. 50. Scadenza ore diciotto del 15 gennaio 1933.

VARIGNANA. — (Vedi CASTEL SAN PIETRO).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla presidenza dell'Ufficio Internazionale d'Igiene Pubblica, che ha sede in Parigi, è stato nominato Sir George Buchanan, in sostituzione del compianto Otto Velghe.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha assegnato il premio Montyon di fisiologia al dott. Henry Fredericq, professore di fisiologia all'Università di Liegi, per i suoi lavori sul vago e sul simpatico.

Il dott. Julio Palacio è nominato presidente della Società di Tisiologia di Buenos Aires.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia:

Il Duce inaugura il nuovo Policlinico San Matteo.

Il 30 ottobre S. E. il Capo del Governo è venuto ad inaugurare a Pavia il nuovo Policlinico, del quale venne già data ampia notizia nel fasc. 48.

Alla fine della visita inaugurale, l'amministrazione Ospitaliera offrì al Capo del Governo un album di fotografie del Policlinico e ne ricevè una fotografia con firma autografa, che resterà a ricordo della visita.

Nella Clinica medica, diretta dal prof. Ferrata, gli venne fatto omaggio della prima copia della nuova edizione del trattato « Le Emopatie ».

S. E. Mussolini ha espresso il più vivo compiacimento per il nuovo Policlinico, che giudica onore dell'Università pavese e dell'intera nazione.

Inaugurazione dell'anno accademico 1932-1933.

Il 28 novembre si è tenuto nell'Aula Magna, l'annuale apertura dell'anno accademico. Dopo la relazione del rettore prof. Rossi, tenne il discorso inaugurale il prof. Campetti, della Facoltà di fisica.

P. INTROZZI

NOTIZIE DIVERSE.

La Scuola medica ospitaliera di Roma celebra i suoi primi dieci anni di vita.

Quest'anno l'inaugurazione dei corsi della Scuola medica ospitaliera di Roma ha assunto una speciale solennità per la ricorrenza del primo decennale della fondazione.

L'1 dicembre la sala dell'Accademia medica al Policlinico Umberto I era affollata delle maggiori personalità del mondo medico e ospedaliero romano.

Il presidente onorario della Società, prof. Raffaele Bastianelli, ricordò come nel 1922 l'Associazione dei medici ospedalieri di Roma, prima di decretare spontaneamente il proprio proscioglimento, quasi precorrendo i tempi, decidesse di dar vita a una istituzione che ne continuasse le finalità culturali e mantenesse accesa nei gloriosi Ospedali romani la face della ricerca e dello studio. Sorse così la Scuola medica ospitaliera di Roma che, in un decennio di esistenza, ha ormai dato prova di essere una creatura viva e vitale, feconda di utilità per la scienza e per gli Ospedali di Roma, dei quali concorre ad aumentare il progresso ed il prestigio. — Seguì una breve e chiara relazione morale e finanziaria del prof. Carducci, presidente effettivo della Scuola, il quale ha messo in evidenza come oltre 3700 iscrizioni ai corsi tenuti in 10 anni dimostrino che la maggior parte dei medici laureati nel decennio hanno completato la propria cultura nella Scuola stessa. Ben 58 docenti, che rappresentano la miglior parte dei medici ospitalieri dell'Urbe, hanno tenuto corsi di medicina e chirurgia generale, corsi di specialità, corsi per medici condotti e per laureandi. Centinaia e centinaia di strumenti di diagnostica e terapia sono andati ad aumentare il patrimonio dei padiglioni ospitalieri. E per non venire meno a questa sua tradizione di opere e di fatti, la Scuola medica ospitaliera, a festeggiare il suo primo decennale, ha deciso di creare, nei vari ospedali di Roma, cominciando dal Policlinico Umberto I, col concorso dell'Amministrazione di S. Spirito, un gabinetto clinico centrale dotato dei più moderni mezzi d'indagine diagnostica. Infine il prof. Carducci ha letto il nome dei docenti che hanno compiuto il primo decennio d'insegnamento e di coloro che hanno concorso alla prosperità della Scuola o ne hanno disinteressatamente guidate le sorti, ai quali tutti la Presidenza, grata e riconoscente, ha conferito, in occasione del decennale, una speciale medaglia d'argento.

Il prof. G. Galli ha poi iniziato il ciclo delle conferenze dell'anno scolastico 1932-1933, dicendo della « valutazione della risposta del cuore ai medicinali ».

Al nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Il prefetto di Milano, S. E. Fornaciari, accompagnato da un folto gruppo di personalità, si è recato a visitare i lavori per la costruzione del nuovo grande Ospedale cittadino a Niguarda.

Il presidente del Consiglio direttivo degli istituti ospedalieri, avv. Della Porta, gli ha espresso la gratitudine sua e del Consiglio per l'autorevole e cordiale appoggio sempre dato alla nuova costruzione ed ha brevemente descritto il progetto.

L'opera in corso è veramente grandiosa. Infatti l'Amministrazione ospedaliera ha disposto che il nuovo Ospedale Maggiore abbia la stessa capacità

del vecchio nosocomio, e cioè che sia capace di 1500 letti, così suddivisi: 500 per la medicina, 500 per la chirurgia e 500 per le altre specialità; che sia provvisto di ambulatori per ciascuna di queste branche; che l'edificio delle cure fisiche sia di tale ampiezza da servire, oltre che per i malati degenti, anche per quelli ambulanti; infine che siano accentrati in questo ospedale i servizi generali degli altri ospedali dipendenti, quali la farmacia centrale, la lavanderia, la stazione di disinfezione, ecc.

Le caratteristiche che differenziano il progetto dagli altri prima allestiti consistono specialmente: nel raggruppamento delle infermerie in un numero ridotto di padiglioni a più piani del tipo a corridoio; nell'aver ridotto, per dare maggiori comodità ai malati, ciascuna infermeria ad un numero di letti non superiore a sei e nello stesso tempo, nell'averle raggruppate in sezioni ospedaliere, di circa 30 letti; nell'aver progettato padiglioni di 5 piani ciascuno, per meglio concentrare i servizi di assistenza e di cura al fine di ottenere le maggiori economie di esercizio; nell'aver abolito i sotterranei e nell'aver progettato, in sostituzione, dei porticati a piano terra che sostengono tutte le infermerie: porticati i quali, collegati con le gallerie, potranno servire di via di comunicazione coperta tra gli edifici, e consentire ai convalescenti di stare all'aperto nei giorni piovosi, e infine, chiudendo alcune arcate, di costituire al piano terreno i servizi indispensabili per ogni padiglione, il quale per essere capace di circa 200-250 letti, rappresenta, di per se stesso, un piccolo ospedale.

Il costo complessivo dell'opera è preventivato in 65 milioni di lire, in cui sono compresi i servizi generali, non solo per il nuovo ospedale ma anche per gli altri istituti di cura dipendenti dall'amministrazione ospedaliera; vi è compreso anche il costo degli edifici destinati agli alloggi del personale femminile di servizio e quello della Scuola-convitto professionale per le infermiere.

Il nuovo Ospedale Militare di Palermo.

Nel decennale della Marcia su Roma è stata inaugurata a Palermo la nuova sede dell'Ospedale Militare. Esso sorge lungo la via Calatafimi, che allaccia Palermo alla vicina Monreale, su di un'area di oltre 5 ettari, con un fronte di 236 m.; consta di un grandioso fabbricato, già villa dei principi di S. Elia, ove hanno sede gli uffici, i gabinetti e il reparto ufficiali; di due vasti fabbricati a due piani, con ampî cortili interni, ove hanno sede i varî reparti ospedalieri; di un corpo di fabbrica per l'accettazione, il pronto soccorso e la farmacia; di uno per l'alloggio delle suore; di otto padiglioni per i varî servizi e gli alloggi della compagnia di sanità; è in costruzione la cappella. Il complesso dei reparti consente la comoda ospedalizzazione di 500 infermi.

La cerimonia inaugurale si è svolta con l'intervento del prefetto e del gen. med. Franchi; non furono pronunziati discorsi.

La direzione dell'ospedale è affidata al ten. col. medico prof. Giordano.

L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Siracusa.

Sta sorgendo ad occidente di Epipuli, su di un'ubertosa terrazza, verso l'angolo sud-ovest dell'antichissima città di Tica; dista circa 5 Km. dalla vecchia Ortigia e vi si accede mediante un grande viale alberato lungo 500 m., che si diparte dalla nazionale Siracusa-Catania. L'Istituto sarà capace di ricoverare 300 infermi. Comprende tre zone indipendenti, separate da muretti e da solidi reticolati: una zona al centro per i servizi generali e due ai lati per il ricovero degli alienati: una per gli uomini e una per le donne. Complessivamente l'ospedale risulta di 18 fabbricati che occupano un'area coperta di circa 10.000 mq. È preventivata una spesa di circa 4 milioni.

La fondazione Eastman di Roma.

Il dott. Harvey J. Bourkhart, già fiduciario del compianto filantropo americano Giorgio Eastman ed ora fiduciario degli esecutori testamentari del munifico donatore di 20 milioni di lire italiane per la costruzione in Roma di un grandioso ambulatorio dentario per bambini e giovanetti fino all'età di sedici anni, è stato a Roma per visitarne i lavori ed osservarne l'organizzazione. Gli è stato di guida il prof. Amedeo Perna, al quale fu affidato l'incarico di studiare il piano di esecuzione della volontà del donatore.

Lo scienziato americano ha espresso la sua ammirazione per quanto si è fatto a Roma.

La Clinica Eastman di Roma entrerà in funzionamento nel prossimo aprile.

L'assicurazione malattie nelle nuove provincie.

L'on. Castellino ha presentato alla Camera dei Deputati, per la Commissione nominata dagli Uffici, la relazione su di un disegno di legge concernente le modificazioni al R. D. L. 29 nov. 1925 sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie nelle nuove province. Il disegno di legge mira al concentramento delle attuali Casse circondariali di malattie in Casse provinciali, con sede nei capoluoghi di provincia.

Assistenza sanitaria in montagna.

Proseguendo nel potenziamento delle maggiori attività che sono affidate al Club Alpino Italiano, l'on. Manaresi ha approvato il regolamento per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria in montagna.

Il regolamento stabilisce fra l'altro che ogni principale centro alpinistico deve avere il suo servizio sanitario di montagna. Le sezioni dovranno impiantare in ogni centro alpinistico i posti sanitari ed attendere al loro funzionamento. Questi posti sono controllati dalla Commissione medica e dal Comitato scientifico del Club Alpino Italiano.

Corso per medici dell'O. N. Balilla.

Nell'aula magna della R. Università di Milano ha avuto inizio il 1° Corso universitario di aggiornamento per medici dell'Opera Balilla. All'inaugurazione erano presenti autorità, medici, signore, ecc. Intervenne S. E. il Prefetto gr. uff. Bruno Fornaciari.

Presentato dal dott. prof. Ragazzi, medico capo dell'Ufficio d'Igiene e che spiegò le finalità del Corso, il prof. Carlo Foà, preside della Facoltà medico-chirurgica, tenne la prolusione al Corso, parlando dei compiti professionali e morali che spettano ai medici che saranno addetti all'O.N.B.

Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro della R. Università di Roma.

La Scuola ha riaperto i suoi corsi il 12 corr.

L'on. Ministero delle Corporazioni ha di recente « assicurato che, nel prossimo concorso ed in

quelli successivi per Ispettore medico corporativo, i quali saranno banditi dal Ministero stesso, i diplomi di specialista in medicina del lavoro saranno considerati come titoli di preferenza ». Si ritiene che lo stesso riconoscimento si otterrà dalla Confederazione Generale Fascista dell'Industria, nelle nomine dei medici di fabbrica, e dai varî enti assistenziali e assicurativi pei rispettivi sanitari.

L'Unione Industriale Fascista del Lazio ha pel corrente anno scolastico istituito anche due borse di studio per gli allievi, di lire mille ciascuna: il numero delle borse sarà in seguito aumentato.

Giornate mediche d'Evian.

La « Société médicale d'Evian » indice una seconda riunione per il settembre 1933; sarà presieduta dal prof. Lemierre e destinata allo studio dell'insufficienza renale. In tale occasione, la Società anonima delle acque minerali di Evian-les-Bains bandisce un concorso internazionale, al nome dell'idrologo Chiaïs, per l'importo di 10.000 franchi, sul tema: « Valore semeiologico delle prove di diuresi provocata ». Per informazioni rivolgersi alla « Société des Eaux d'Evian », rue de Londres 21, Paris.

Congresso dell'Associazione dei medici tedeschi.

La « Hartmannbund » ha tenuto il congresso annuale ad Hannover nei giorni 23 e 24 settembre. Il congresso si è occupato prevalentemente di quattro temi: 1° assicurazioni-malattie, in rapporto al diritto, legalmente riconosciuto, di libera scelta; 2° pletora medica: si è invocato l'intervento dello Stato perchè la produzione dei medici non ecceda i bisogni; 3° prescrizione dei medicinali: si è convenuto di doverla infrenare in regime di assicurazioni-malattie; 4° onorari: si è riconosciuto che la discesa non deve sorpassare certi limiti, senza compromettere il livello professionale e le stesse condizioni d'esistenza del corpo medico. Venne sollecitato il Governo ad attuare misure idonee a ridurre la disoccupazione e migliorare la situazione economica. (« Deutsches Aerztblatt », 11 ottobre 1932).

4° Congresso brasiliano di neurologia.

La Società brasiliana di neurologia, psichiatria e medicina legale ha celebrato il suo 25° anniversario di fondazione indicendo un congresso sulle dette specialità, dal 25 settembre al 3 ottobre. La Commissione organizzatrice fu presieduta dal dott. Ulysses Vienna; segretario generale fu il dott. Heitor Carrilho. Temi ufficiali: « Neuromieliti e altre infezioni acute non suppurative del sistema nervoso »; « Paraplegia spinale spastica di Erb e paraplegia spinale sifilitica di Erb »; « Malarioterapia »; « Biotipiologia e studio clinico dei quadri parafrenici »; « Applicazioni della psicanalisi in medicina legale »; « Contribuzioni dell'anatomia patologica nel campo medico-legale ».

1° Congresso brasiliano di pediatria e d'igiene infantile.

Si è svolto a Rio de Janeiro dal 18 al 20 agosto, sotto la presidenza del dott. Olinto de Oliveira; segretario generale il dott. Mario Olinto. Temi: « Influenza dei progressi della dietetica sulla mortalità infantile »; « Nati-mortalità, mortalità natale e neo-mortalità »; « Norme pratiche e semplificate da adottare nella alimentazione artificiale del lattante »; « Broncopolmonite del lattante e suo trattamento »; « Le deformazioni osteo-articolari nell'età scolastica »; « Mezzi di protezione e assistenza all'infanzia contro la tubercolosi ».

1ª Settimana medica di Bogotá.

Si è tenuta dal 25 settembre al 2 ottobre, sotto gli auspicî dell'Associazione Colombiana di Studi medici; vi furono invitati tutti i medici della Colombia. Prestarono il loro concorso la Facoltà medica, le autorità sanitarie, i direttori di ospedali ecc. Vennero compiute varie visite: alla Direzione Nazionale d'Igiene, al Laboratorio Nazionale d'Igiene, agli ospedali. Venne organizzata una Mostra di prodotti medico-chirurgici e igienici.

Congresso nord-americano di odontoiatria scolastica.

L'Associazione dentaria di Chicago organizza in questa città un congresso di odontoiatria scolastica, dal 7 al 12 agosto 1933. Presidente del Comitato ordinatore è il dott. Arthur Blaik, direttore dell'Istituto dentario dell'Università del Nord-Est di Chicago; per informazioni rivolgersi al segretario, Dr. Rudolf Kronfeld, College of Dental Surgery, Harrison Str. 1747, Chicago Ill., S. U. d'A.

Confederazione odontologica cubana.

In un'adunanza tenutasi ad Avana ed in cui erano rappresentate l'«Union Estomatológica» e la « Federación Dental » di Cuba, venne stabilito di addivenire alla fusione di tutte le organizzazioni dentistiche e stomatologiche del Paese. Venne nominata una Commissione per redigere un programma e un progetto di statuto e di regolamento, che saranno sottoposti all'approvazione di una assemblea generale.

Congresso dei medici letterati ed amici delle lettere.

È organizzato dalla « Société des médecins litterateurs et amis des Lettres » a Lione, per il settembre 1933, e comporta un programma vario.

Verrà discussa la questione della necessità degli studi letterari e greco-latini per la formazione dei medici.

Si terrà una rappresentazione drammatica.

La società è presieduta dal dott. J. Giuliani, noto nel mondo letterario con lo pseudonimo di Germain Trézel. L'« Académie Française » ha conferito in questi giorni al Giuliani il premio triennale Capran — destinato a compensare la migliore opera drammatica o lirica comparsa nel triennio — per il suo dramma « La camicia di Nesso ». Egli era già titolare di un altro premio dell'importante sodalizio.

La Società predetta ha, di recente, pubblicato una « Anthologie des Médecins-Poètes contémporains ».

Per qualsiasi informazione rivolgersi al dott. J. Giuliani, cours de la Liberté 73, Lyon.

Esuberanza della letteratura scientifica.

L'Associazione delle Biblioteche speciali e degli Uffici bibliografici dell'Inghilterra ha tenuto a Oxford una conferenza, presieduta da sir Charles Sherrington. Questi ha rilevato come la letteratura scientifica divenga sempre più esuberante, così da farci correre il rischio di essere sommersi sotto un mare di carta. Ad esempio, le memo-

rie di fisiologia, che furono 3500 nel 1905, divennero 18.000 nel corso del 1927; poi l'incremento deve essere continuato.

La biblioteca dello « Science Museum » a South Kensington — la maggiore del genere — riceve 8000 periodici scientifici; ma di questi nel mondo se ne pubblicano 26.000. La « Royal Society » ha speso almeno 14 milioni di lire it. per compilare un catalogo aggiornato di tutti i periodici scientifici; ma, infine, ha dovuto rinunziarvi.

Secondo l'oratore, sarebbe bene che i Governi venissero ad un'intesa, per lo scambio d'informazioni tra le biblioteche nazionali, in modo che gli studiosi siano sempre in grado di ottenere tutti i dati che possono loro occorrere.

Specialisti ostetrico-ginecologi negli Stati Uniti.

L'« American, Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons » ha deciso che d'ora in poi accoglierà soltanto, quali soci, i medici diplomati dall'« American Board of Obstetrics and Gynecology », che è un organo ufficiale di esami per la specializzazione. Questa può aver luogo in ostetricia, in ginecologia od in tutt'e due le discipline.

Verranno eccettuati soltanto quei medici non diplomati nella specialità, che il Consiglio esecutivo stimerà più eminenti.

Anniversario di laurea.

Per la ricorrenza del 40° anniversario di laurea dei medici e chirurghi usciti dall'Università di Bologna si prepara un raduno in detta città per presentare al Magnifico Rettore una pergamena colla firma dei partecipanti alla cerimonia. Si invitano pertanto i medici laureati nel 1893 di far pervenire la loro adesione e il loro indirizzo al prof. Giovanni Pini, via S. Stefano 18, Bologna.

Elargizioni e legati.

La signora Roy Mishop Canfield ha donato 350.000 dollari (oltre 6 milioni di lire it.), alla Scuola Medica dell'Università di Michigan, ad Ann Arbor, per una fondazione di oto-rino-laringologia, in memoria del marito, che insegnò questa disciplina in detta Scuola ed è morto lo scorso maggio; gl'interessi della somma verranno destinati a creare delle borse di studio.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato 240.000 dollari, ossia circa 4 milioni e mezzo di lire it., all'« University College Hospital » di Londra, quale fondo permanente destinato ad istituire un posto per ricerche cliniche. L'assegnatario dovrà dedicarsi alle ricerche cliniche senza esserne distratto nè dall'insegnamento nè dalla pratica privata. Il « Consiglio delle Ricerche Mediche » dell'Inghilterra nel 1930 aveva già finanziato, nello stesso Collegio, un corpo di studiosi, con la stessa finalità, sotto la direzione di Sir Thomas Lewis; ora la Fondazione Rockefeller ha voluto contribuire ad estendere tale metodo di studio.

Il prof Capasso.

Il prof. Pietro Capasso, direttore del vivace e combattivo « Pensiero Sanitario » di Napoli, ha riportato nei pressi di Battipaglia un infortunio automobilistico, con frattura malleolare alla gamba sinistra. Augurî cordialissimi di rapida guarigione.

Contro l'aborto criminoso nel Giappone.

L'aborto provocato è illegale nel Giappone, come in quasi tutti i Paesi civili, salvo nei casi in cui un medico lo stimi assolutamente necessario per la salute della madre. Tuttavia viene praticato segretamente, sovratutto quando si teme di non poter allevare bene la prole, perchè numerosa.

Una circolare del Ministero dell'Interno ha ora prescritto ai governi locali (prefetture) di esercitare un'efficace vigilanza per reprimere rigorosamente la pubblicità ai mezzi abortivi.

Una Commissione di donne ha visitato il ministro dell'interno, in nome dell'« Associazione per la riforma della legge sull'aborto », onde far valere l'opportunità di modificare la legge stessa, vecchia di cinquant'anni, e di legalizzare l'aborto per ragioni morali e sociali (nei casi di violenza carnale, inganno, malattie o deficienza mentale dei genitori, indigenza, divorzio); ma le loro richieste non hanno la menoma probabilità di essere accolte.

Radiodiffusioni mediche ciarlatenesche.

Il Governo degli Stati Uniti, su parere della « Federal Radio Commission », aveva fatto chiudere una stazione radiofonica fondata a Kansas City dal sig. John R. Brinkley, il quale se ne valeva per fare della propaganda ciarlatanesca, relativa per es. all'innesto di glandole di montone, a consultazioni mediche epistolari, all'invio di medicinali direttamente ai malati, ecc.

Il Brinkley ha fondato, ora, un'altra stazione, molto più potente, nel Messico, ai confini del Kansas, e continua imperterrito la propria attività. La prima stazione era di 75,000 watt; la seconda è di 500.000 watt, tanto che disturba le altre stazioni degli Stati Uniti su di un raggio di almeno 50 Km.

L'esempio sta per essere imitato: la « Camara Nacional de Comercio » di Nuevo Laredo, nel Messico, ha informato l'Associazione Medica Americana che sta per sorgere, colà, un'altra stazione ultra-potente, fondata dal produttore di un rimedio per la cura del cancro, Norman Baker; presumibilmente questi ha lo scopo di riprendere la propaganda che prima egli faceva al suo rimedio attraverso la stazione di Muscatine, nello Iowa, e che gli era stata vietata.

Il Governo messicano si lascia allettare dai forti introiti, costituiti dalle tasse. Questi introiti provano, tra l'altro, come il ciarlatanismo medico sia molto redditizio.

Processo contro una casa di salute.

Una signora operata per mastoidite nella « Clinica Sweet » di Lewis (Stato di Washington) risultò, immediatamente dopo, colpita da paralisi facciale; onde un processo per difettoso intervento.

La causa è giunta, per gradi, alla Corte Suprema di Washington.

La difesa sosteneva che la paralisi poteva essere dovuta a cause indipendenti dall'operazione; se non che un nuovo intervento, eseguito da un esperto chirurgo, dimostrò che il nervo facciale era stato sezionato. Malgrado un principio di rigenerazione, i due monconi del nervo non si erano saldati, e l'operatore tentò invano di compierne la sutura. La difesa, in secondo luogo, sostenne che la Casa di salute predetta suole limitarsi a dare ospitalità ai chirurghi e non è responsabile

dei loro errori; ma è risultato che il chirurgo maldestro era stato designato dal proprietario della Casa di salute, il quale è un medico. La Corte ha riconosciuto la responsabilità del proprietario e lo ha condannato.

In tema di onorari medici.

Il Tribunale di Napoli ha deciso, in merito ad una vertenza sorta tra il dott. Luca Carvisiglia e gli eredi di un infermo, che il medico, pur essendo amico di famiglia e frequentatore abituale della casa dell'infermo, ha pieno diritto a ricevere i compensi delle sue prestazioni professionali; ha condannato gli eredi, con la convalida del sequestro, al pagamento delle somme tutte dovute, in una con le spese e i compensi di lite.

Corso di puericultura sospeso.

Il corso di puericultura preannunziato ad Avellino (v. fasc. 49) è stato sospeso.

Di prossima pubblicazione:

Lavori originali; Osservazioni cliniche; Contributi:

BOTTALIGA M., Parotite epidemica ad inizio meningitico;

BOTTALIGA M., Valore della colecistografia rapida;

BUSINCO A., Cisti da echinococco endocranica a sede piale;

DE VINCENTIIS A., Cisti dermoide del legamento rotondo.

DOLFINI G., Può la vaccinazione antirabbica modificare uno stato di sensibilizzazione allergica?;

FERRI A., Sopra alcuni casi di reumatismo cerebrale;

GRILLO M., Diagnosi delle ulcere gastro-duodenali perforate;

IMPIOMBATO G., Tumori della prostata e della vescica e loro trattamento;

LAZZARO G., Glomerulonecrosi nelle glomerulonefriti;

LUSENA M., Studi ed esperienze sulle infezioni focali;

LOMBARDI E., Anemia agastrica e suoi rapporti con l'anemia perniciosa;

MORELLI A. e MORELLINI M., Le meningiti acute linfocitarie benigne;

NASTASI A., La febbre esantematica mediterranea a Tripoli;

NAVACH E., Ascesso epidurale a livello della cauda equina;

PULLÈ F. e ACANFORA G., Amebiasi intestinale cronica;

PERATONER U., Azione della tetrajodofenolftaleina sulla curva glicemica;

PERATONER U., L'epatoterapia nell'anemia pernic. delle gravide;

RENOSTO, Fisiopatologia della meccanica respiratoria dell'apice polmonare;

ROSA MALLIA G., L'autopioterapia nell'empiema dei piccoli bambini;

SILVESTRI T., A proposito di appendicite e tubercolosi;

STIPA F., Idropneumatosi cistica postoperatoria, consecutiva a riduzione senza drenaggio delle cisti di echinococco del fegato;

TONDO F., Cancro mammario nell'uomo;

Lezione Clinica:

JONA G., Tumore del lobo temporale destro.

Con J. BABINSKI è scomparso uno dei più eminenti cultori della neurologia.

Ha vissuto 75 anni, dei quali oltre cinquanta dedicati alla scienza.

Il suo nome, legato ad un segno semeiologico tra i più significativi, è noto a tutti i medici.

Ma anche senza ciò la sua fama sarebbe rimasta incrollabile per contributi non meno notevoli per il progresso della neurologia.

Oriundo polacco visse sempre a Parigi, dove iniziò la sua carriera come interno degli Ospedali.

Si dedicò dapprima all'anatomia patologica sotto la guida di Vulpian e di Cornil.

Ma la clinica lo seduceva, e passò alle dipendenze di Charcot, il mago della Salpêtrière, la cui influenza sul suo orientamento di studioso fu decisiva.

Fu ricercatore tenace, scrupoloso, minuto. E gli studi che lo resero noto al mondo scientifico, portano tutti spiccate le impronte di queste sue qualità.

Il riconoscimento dell'importanza del segno dell'alluce, le nozioni su i riflessi di difesa furono il frutto di esami su migliaia di individui, di un lavoro paziente.

Egli non fu un clinico d'intuito, ma un semeiologo senza pari. Le sue diagnosi erano il prodotto di una logica serrata, basate essenzialmente su i fatti che egli ricercava con precisione, con una minuzia che poteva sembrare pedanteria, e non era, perchè in tema di malattie organiche del sistema nervoso solo i fatti diligentemente ricercati e giustamente vagliati hanno diritto alla parola.

Gli studî sull'asinergia e l'adiadococinesia, sulle sindromi cerebellari, sui tumori cerebrali, sulle artropatie tabetiche, sulla dissociazione della tabe, sulla localizzazione clinica dei tumori midollari, sulla sindrome adiposo-genitale, sono espressione fedele di questo spirito analitico e costruttivo.

La dottrina sull'essenza dell'isterismo, che egli chiamò pitiatismo, diede ancora più rinomanza a Babinski.

Spettava a lui ed a Pierre Marie, ai due assistenti preferiti di Charcot, demolire le due dottrine del grande maestro, rispettivamente le dottrine dell'isteria e delle localizzazioni cerebrali.

Freddo, taciturno, duro nella clinica e nel laboratorio, Babinski era un epicureo nella vita.

Soleva dire che innanzi tutto bisogna essere « bon mangeur, bon causeur, bon viveur ».

Quest'uomo che dedicava gran tempo della sua giornata allo studio severo, sotto i cui occhi passavano quotidianamente le più grandi miserie, diventava di sera un sibarita.

Ed allora si accompagnava al fratello ingegnere, che di poco l'ha preceduto nella tomba, noto nella grande metropoli per le sue virtuosità gastronomiche.

Non prese mai parte alla vita politica; ma amava di gran cuore la sua patria di origine e quella di elezione, e durante la guerra prodigò la sua opera a favore dei malati e dei feriti del sistema nervoso.

G. DRAGOTTI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Quarterly Journ. Med., lug. — WILKINSON. La secrez. gastrica nell'anemia perniciosa. — PATON CUTHBERTON. Effetto del massaggio nel metabolismo. — TRAIL e STOCKMAN. Esiti lontani del pnt.

British Med. Journ., 30 lug. — Num. dedicato al 100° Congresso dell'Associaz. Medica Britannica.

Mal. du Coeur etc., lug. — WEIL. Il fenomeno della tensione dolorosa.

Bull. Méd., 30 lug. — Num. dedicato all'omeopatia.

Morgagni, 24 lug. — MATTIOLI. Rare complicazioni della blenorragia.

Acta Med. Scand., vol. 78, n. 2. — CRAFOORD e LUNDQUIST. Sepsi da viridans durata per anni. — BERGMARK. I dolori tabetici sono di origine radicolare?

Id., Suppl. 47°. — NYMAN. Casi associati ad achilia o ad ipochilia.

Arch. Schiffs.- u. Trop Hyg., ag. — WARASI. Biologia dei parassiti malarici.

Med. Welt, 30 lug. — STRAUSS. Malattie reumatiche e pseudoreum. — FESER. I principi fisiologici del massaggio. — RUHMANN. Le « durezze » reumatiche.

Med. Klinik, 29 lug. — KAISER. Difficoltà diagnostiche nella gravidanza extrauterina. — HINTZE. L'alimentazione dei popoli nel corso del tempo.

Münch. Med. Woch., 29 lug. — GUTZEIT. La gastroenterite e le sue conseguenze. — SEHRT. La morte per annegamento e la sua prevenzione. — HIRSCH. La prova clinica dei sensi dell'odorato e dell'udito.

Gaz. Hôp., 30 lug. — COT ed altri. Il pronto soccorso nelle asfissie.

Arch. Roumaines Path. Exp. e Microb., vol. IV, n. 3-4. — MARINESCO e STROESCO Studi sulla patologia della rabbia. — POPA e MARZA. Biologia degli spermatozoi. — OLARIN. La vaccinaz. antiscarlattinosa con l'anatossina strept.

Arch. Belges Sc. Méd., mag. — NÉLIS e PICARD Influenza dell'anatossina dift. sul rene. — Inchiesta sul problema della sifilide.

Nederl. Tijd. v. Gen., 30 lug. — CARP Delirio di negazione.

Hosp. Arg., 31 giu. — BERMANN. La piretoterapia nella corea. — RAMON BELTRAN. La psicoanalisi nella psicologia contemporanea. — CAMAÑER. Le soluzioni saline ipertoniche nel trattam. dell'emottisi.

Ann. It. Chir., lug. — ZAFFAGNINI. Il trattam. chir. delle splenomegalie.

Studium, ag. — RASO e TRIGILIO. L'assideramento acuto negli organi giovani.

Minerva Med., 4 ag. — NANNINI e DAVOLIO MARANI. Terapia epatica del diabete. — AMODEO. Il siero di cavallo endorachidiano nelle psicosi involutive.

Radiologia Med., ag. — BISTOLFI. La roentgenterapia nelle sindromi emorragiche. — BIANCHINI. Le scoliosi nefrogene.

Prensa Med Arg., 20 giu. — RAIMONDI e ALBERTAL. Studio radiologico della cavità pleurica. — BARLARO. L'app. cardiovascolare e l'endocrinologia

Posta dell'amministrazione.

Gli abbonati che tengono a possedere l'annata del « Policlinico » senza lacune, sono pregati di verificare se, a causa di disguidi postali, manchi loro qualche fascicolo del 1932.

In tale caso è opportuno che ce ne venga fatta sollecita richiesta, perchè alcuni numeri stanno ormai per esaurirsi. *L'Editore.*

Indice alfabetico per materie.

Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.

Il N. 1 dell'annata XL uscirà il 2 gennaio 1933.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.